Santé
Société
Collection Promotion de la santé
4
L'INTERVENTION ÉDUCATIVE
POUR LA PROMOTION
DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

89-04232/

SOMMAIRE

Des assises solides

1. Quelques attitudes à adopter

- Reconnaître aux milieux de travail une capacité de changement 5
- Situer clairement les niveaux de responsabilité 5
- Favoriser une prise de conscience non seulement individuelle mais collective 6
- Valoriser le concret dans le processus éducatif et le recours à une pédagogie active . 6

2. Des étapes à franchir

- L'analyse du milieu 7
- L'établissement d'un consensus et la définition d'un mandat 9
- La planification opérationnelle du mandat . 11
- La réalisation des activités, l'évaluation et le suivi 12

3. Des fondements théoriques concernant les changements de comportement, les apprentissages et l'intervention dans le milieu.

- Les phases du changement de comportement 15
- Des principes pour susciter des changements de comportement et favoriser des apprentissages; implications pour l'intervention éducative 17
- Un contexte social, économique et politique 19

4. Des avenues d'intervention à explorer

- Éducation pour la santé 21
- Organisation communautaire 22
- Andragogie 23
- Communication et marketing 24
- De multiples cibles, de multiples stratégies 25

Une intervention souple et adaptée 27

Références et bibliographie 28

Annexes 31

Responsables de la collection

- Édition
  Hervé Anctil
- Planification et coordination des équipes de travail
  Catherine Martin

Comité d'orientation

Hervé Anctil

Daniel-Louis Bilodeau

Gaston Godin

Pierre Lamarche

Catherine Martin

Lise Renaud

Marcel Sénéchal

Direction artistique

Louis-Mari Drolet

Composition-montage

Mono-Lino Inc.

Photogravure

Graphiscan

Impression

Imprimerie Le Renouveau inc.

Le contenu de ce cahier n'engage que la responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement la politique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

ISSN-0225-6849

Ce cahier est le quatrième de la collection **Promotion de la santé**. Il a été élaboré par Marguerite Paiement, du DSC Sacré-Coeur, et Catherine Martin, du Service de la promotion de la santé, avec la collaboration de Jean Fortier, du CLSC Centre-ville.

Cette collection de **Santé Société**, destinée à une clientèle spécialisée, a été préparée dans le cadre d'un programme de formation, en collaboration avec le Service de la promotion de la santé et le Service de la formation-réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'intervention éducative pour la promotion de la santé au travail

Des assises solides

Marguerite Paiement
détient un baccalauréat en sciences infirmières (Université de Montréal) et une maîtrise en santé publique spécialisée en éducation pour la santé (University of California, Los Angeles). Depuis 1986, elle est conseillère en éducation pour la santé au département de santé communautaire de l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Elle travaille principalement dans le domaine de la santé au travail.

Catherine Martin
détient une maîtrise en promotion de la santé de l'Université de Toronto. De 1981 à 1987, elle a été conseillère en promotion de la santé au D.S.C. Maisonneuve-Rosemont. Elle travaille actuellement au Service de la promotion de la santé du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'intervention éducative occupe une place importante dans la tâche des équipes de santé et sécurité du travail des CLSC et des DSC. Elle est liée, de façon générale, à l'intervention des équipes pour la mise en place d'un programme de santé spécifique (PSS) ou à la réalisation du mandat, et cela dès l'entrée dans l'entreprise jusqu'à la sortie. En effet, qu'il s'agisse d'élaborer et de soumettre un portrait des risques et des recommandations prévisibles pour le PSS, de négocier des activités d'échantillonnage ou de dépistage avec l'employeur et les travailleurs, de sensibiliser les travailleurs et de les former sur des moyens de prévention, ou encore d'interagir avec les comités de santé et sécurité (CSS), l'intervention éducative paraît centrale. Elle est toutefois liée aussi, de façon plus spécifique, aux activités d'information et de formation comprises dans le PSS et qui correspondent au mandat des équipes de santé et sécurité du travail.

L'intervention éducative fait souvent partie d'autres activités, qu'elle vient soutenir (surveillance médicale et environnementale, élaboration du PSS). Elle forme aussi une intervention en soi (formation-information).

La nature de l'intervention

L'intervention éducative comprend toutes les activités visant à connaître, influencer, informer et former un milieu de travail afin de le motiver, de l'habiliter et de le soutenir dans sa recherche de solutions. Elle correspond globalement à un processus interactif et pédagogique entre les milieux de travail et les intervenants.

La promotion de la santé au travail

L'objectif ultime de l'intervention éducative est la promotion de la santé au travail, c'est-à-dire le développement de conditions favorables à la santé des travailleurs, dans leur environnement. C'est sous cet angle (les problèmes de santé industriels) que nous considérons ici la promotion de la santé, et non sous celui des habitudes de vie des travailleurs (tabagisme, activité physique...). Ce choix de perspective correspond davantage au mandat et aux ressources actuellement affectées en santé au travail. Par ailleurs, le seul aspect de la promotion de modes de vie sains en milieu de travail commanderait une autre analyse. Néanmoins, les principes et les instruments suggérés ici pourraient certainement y être intégrés.

Pour une pratique améliorée

Nous traiterons donc de l'intervention éducative dans l'optique d'une pratique améliorée. Puisque cette pratique a suscité beaucoup de questions chez plusieurs intervenants du réseau public au cours de ces dernières années, il nous a semblé opportun de faire le point et de suggérer des moyens pour lui donner des assises plus solides et ainsi l'améliorer. Voilà le but du cahier.

Des acquis riches...

Avant de suggérer des moyens pour améliorer une pratique, il importe de prendre en compte les acquis. En santé au travail, et particulièrement du côté de la formation et de l'information, ils sont riches et nombreux, tant dans le réseau public de la santé et des services sociaux que dans les autres réseaux (associations sectorielles, universités, syndicats...)

L'Association paritaire de prévention en santé et sécurité du travail et quelques autres associations (secteurs affaires sociales, transport et entreposage, services automobiles, etc.) ont organisé de nombreuses activités de formation et d'information, principalement sur cinq thèmes: prévention; hygiène industrielle; problèmes spécifiques du secteur; législation; problématique des accidents.

Dans les CLSC, des réalisations ont vu le jour tant dans le cadre du PSS que dans le contexte de l'approche communautaire des milieux de travail. Plusieurs outils (kits, films, vidéos, jeux de société, fichiers, affiches, brochures...) ont été créés et des méthodes de formation, mises au point (ateliers, diaporama-réflexion-action, jeux questionnaires). Diverses actions communautaires (interventions auprès des non-syndiqués, de plusieurs usines d'un même secteur...) ont été entreprises dans le but de susciter des changements dans les milieux de travail (amélioration de l'environnement, de l'exercice des droits, de la prise en charge, des habitudes de vie...)

Dans les DSC, les efforts ont davantage porté sur l'élaboration de banques de contenu thématique sur plusieurs risques pour utilisation lors de sessions d'information. De fait, un bilan des travaux des services de santé révélait que, depuis le début, les équipes ont réalisé des activités d'information sur plusieurs risques dont, principalement, le bruit, les solvants, les risques à la sécurité, les fumées de soudage, les poussières végétales et les métaux. Elles ont également élaboré des outils de support, tout particulièrement des brochures et des affiches. Certains DSC ont par ailleurs mis à la disposition des équipes des modèles et des outils d'éducation sanitaire et fourni ainsi un soutien méthodologique aux intervenants des CLSC et des services de santé.

Le mouvement syndical compte également de nombreux acquis en formation, grâce à une collaboration étroite entre spécialistes et travailleurs. Elle s'est concrétisée dans le cadre de la coopération avec des universitaires, notamment dans l'entente UQAM-CSN-FTQ sur le développement des programmes de recherche et de formation. L'utilisation du savoir empirique des travailleurs est au centre des processus d'enquête et de formation entamés par les chercheurs et les formateurs.

Quelques limites

Au-delà des acquis et des expériences, les membres des équipes des CLSC et des DSC ressentent un certain malaise par rapport aux activités d'information et de formation.

Intervenants, planificateurs et chercheurs en santé au travail ont formulé des critiques quant au caractère ponctuel et magistral de ces activités. On reconnaît la nécessité d'aller au-delà de la simple transmission de connaissances (information) et de considérer aussi le développement d'attitudes et d'habiletés préventives et de prise en charge (formation).[1, 2]

Puisque nous poursuivons des objectifs de santé communautaire (approche globale, participation du milieu, action sur les causes, action sociale), notre tâche d'information et de formation doit s'appuyer sur une pédagogie à la mesure de ces objectifs et adaptée aux divers milieux de travail.

Un cahier de formation

La nécessité d'une réflexion pour améliorer l'information en milieu de travail a d'abord été exprimée par les intervenants du réseau des DSC. Ils se sont ensuite associés à d'autres intervenants de CLSC et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Précisons cependant que les orientations exposées ici représentent plus un point de vue de personnes-ressources, supportées par de précieux consultants du réseau, qu'une position des organismes et établissements concernés. Ce cahier a été conçu dans l'optique de la formation en promotion de la santé et, pour cette raison, il a été intégré à la nouvelle collection de *Santé Société*. Il s'adresse principalement aux membres des équipes de santé et de sécurité du travail des CLSC et des DSC.

Les grandes lignes

Le cahier énonce des paramètres et des moyens propres à une intervention enrichie en santé au travail. Plus exactement, il propose:

- ***Des attitudes** axées sur la reconnaissance des milieux de travail et leur capacité à développer leur intérêt, leurs connaissances et leurs habiletés pour résoudre leurs problèmes de santé et de sécurité du travail. (1. Quelques attitudes à adopter).*
- ***Une certaine rigueur dans l'approche**, c'est-à-dire le recours à des éléments de planification et d'organisation de l'intervention éducative. (2. Des étapes à franchir).*
- ***Une compréhension élargie des facteurs** qui interviennent dans les apprentissages et les changements d'attitudes et de comportements, lesquels s'effectuent dans un contexte social, politique et économique (3. Fondements théoriques).*
- ***La sélection d'une diversité de moyens** permettant de concrétiser l'intervention éducative auprès de divers partenaires, dans divers contextes (4. Des avenues d'intervention à explorer).*
- ***La nécessité d'une approche souple**, adaptée selon le milieu de travail et la complexité de sa dynamique (conclusion).*

1. Quelques attitudes à adopter

Enrichir notre approche éducative en santé au travail exige un certain questionnement de la part des intervenants. Faire le bilan de notre investissement personnel et professionnel en tant que formateurs-communicateurs apparaît comme un point de départ essentiel.

- Quels sont les points forts et les points faibles de nos expériences de communication, d'éducation, d'organisation?
- Comment percevons-nous notre rôle d'intervention en santé et sécurité du travail (information, formation, animation, pression),
  - face à la prise en charge?
  - face aux employeurs?
  - face aux travailleurs?
- Entrevoyons-nous des résistances au travail de formation-information?
  - des résistances personnelles (valeurs, habiletés, préjugés)?
  - des résistances dans le milieu (réceptivité, tolérance, contraintes, rapports de force...?
  - Avons-nous du pouvoir face à ces résistances?
  - Nous sentons-nous outillés pour faire ce genre de travail?
  - Disposons-nous d'une marge de manoeuvre dans la gestion de nos tâches?

Voilà autant de questions qui permettent d'évaluer nos interventions. Quelles attitudes améliorent nos chances de réussite?

Reconnaître aux milieux de travail une capacité de changement, c'est-à-dire la capacité de comprendre et de changer les facteurs qui influent sur la santé

Un milieu de travail représente plus qu'une série de risques pour la santé à détecter et à classer par ordre de priorité. Il est composé d'un ensemble d'adultes responsables, rassemblés dans le but de produire un bien ou un service, capables de faire face aux problèmes rencontrés, et préoccupés par leurs propres contraintes et par leurs propres relations de travail.

Comprendre la dynamique de l'entreprise, être à l'écoute des parties concernées, échanger l'information, soutenir le milieu dans sa recherche de solutions, voilà autant de façons de concrétiser une approche éducative enrichie en santé et sécurité du travail.

Situer clairement les niveaux de responsabilité, afin de maximiser la contribution de chaque partie concernée dans la prise en charge.

Les risques à la santé dans les milieux de travail sont multiples et peuvent être lourds de conséquences pour les travailleurs. Ils sont donc les premiers acteurs concernés par la santé et sécurité du travail, l'exercice de leurs droits, et aussi par les responsabilités qui sont reliées à leur prise en charge.

Face aux travailleurs, l'intervenant pourrait faire valoir divers messages:

- Votre santé à court terme vous appartient; vous en avez un contrôle relatif; d'autres facteurs interviennent et vous dépassent; ils doivent être envisagés dans une perspective plus large et contrôlés collectivement.
- La solution individuelle est temporaire, un moindre mal (test, équipement de protection...).
- Les solutions environnementales doivent être identifiées, énoncées et appliquées par les instances concernées; vous pourriez être consultés et impliqués dans la démarche.
- quelles sont les mécanismes de participation, de représentation et d'organisation auxquels vous avez recours?
- Savez-vous comment exercer vos droits?

Les risques touchent aussi les employeurs, de façon directe ou indirecte, à cause des coûts encourus (absentéisme, productivité) et des modifications de l'environnement que cela peut entraîner. Ils ont donc des droits ainsi que des responsabilités en matière de santé et sécurité du travail.

Les employeurs, tout comme les autres instances de l'entreprise, doivent être considérés comme des pivots, c'est-à-dire des acteurs qui facilitent la mise en place des conditions favorisant la santé et la sécurité du travail. Ils représentent aussi des éléments de renforcement importants à considérer quant au contexte dans lequel les messages sont véhiculés auprès des travailleurs.

Les intervenants des équipes de santé et sécurité du travail ont la responsabilité du PSS, qui comprend des tâches d'information, mais s'inscrit dans un processus complet de communication et d'éducation dans les milieux de travail. Cela impliquera souvent des habiletés et des stratégies de formation, d'organisation et de planification.

Une démarche planifiée de formation et d'information devrait être réalisée dans une perspective de soutien aux divers partenaires (CSS, ASP, syndicat, CSST,...). De plus, elle devrait répondre aux besoins des principaux intéressés, les travailleurs et les employeurs.

Favoriser une prise de conscience non seulement individuelle mais collective, afin de susciter un processus dynamique de prise en charge sur plusieurs fronts

La démarche individuelle constitue souvent un préalable indispensable qui permet de sensibiliser les personnes à leur condition et de discuter des moyens qui leur sont accessibles, individuellement. Amener la problématique sur un terrain collectif, selon une perspective écologique (environnement social, économique, politique, culturel, physique), peut devenir un facteur d'entraînement important pour la mobilisation des individus en vue de la recherche de solutions réalisables et adaptées aux droits et responsabilités de chaque partie.

Valoriser le concret dans le processus éducatif et le recours à une pédagogie active favorisant des attitudes.

Autant pour l'intervention individuelle que pour l'intervention de groupe, il apparaît pertinent de prendre en considération l'expérience quotidienne des participants comme point de départ. Reconnaître la compétence des travailleurs, leurs connaissances ainsi que l'autorité et le fonctionnement de la direction de l'entreprise permet d'établir un véritable climat de confiance et de collaboration.

L'abandon de la «session d'information magistrale» au profit d'une approche éducative enrichie sous-entend une prise de position pour une formule participative de travail de groupe orientée vers la formation d'individus capables de prendre des décisions liées à leur santé.

2. *Des étapes à franchir*

Une approche éducative améliorée commande des attitudes souples, des moyens divers, et fait appel à des principes et des notions de psychosociologie. Elle mise également sur la planification. Nous exposons ici les principales étapes à respecter. Mais d'abord, quelques mises en garde.

En premier lieu, les étapes proposées ne doivent pas être vues comme faisant partie d'un processus linéaire mais plutôt dynamique. Ainsi, la réalisation d'une activité planifiée peut apporter des informations supplémentaires sur le milieu qui entraînent un réalignement du plan d'action.

De plus, la démarche proposée devra être perçue comme un idéal, en ce sens qu'elle représente une démarche-type. On ne peut penser l'appliquer intégralement dans chacun des milieux de travail. L'opérationnalisation demande une certaine souplesse, une certaine adaptation selon les contraintes, les ressources et les besoins spécifiques de chaque milieu.

Chacune des quatre étapes est donc présentée de la façon suivante: des précisions quant à son importance, les moyens de mise en oeuvre, ses composantes (ce qu'il faut examiner, définir, prévoir, faire).

De plus, la description d'une intervention à l'usine Complex (cas fictif) servira à illustrer de façon sommaire une démarche planifiée.

L'analyse du milieu

Pourquoi est-elle importante?

Pour planifier des interventions pouvant faciliter la prise en charge par la population-cible, il est essentiel de bien connaître cette population et le contexte dans lequel elle évolue.

- La dynamique entre les différents acteurs, leurs préoccupations, les contraintes et les ressources en place, les besoins spécifiques en regard des changements visés sont tous des éléments à considérer lors d'une intervention en milieu de travail.
- Le type d'organisation et d'entreprise peut nous donner des indications sur la faisabilité de l'intervention. Ainsi, l'employeur et les travailleurs d'une entreprise qui, à la suite de graves problèmes financiers, doivent faire face à de nombreuses mises à pied, seront peu réceptifs à des interventions visant à améliorer les conditions de santé et de sécurité.
- Le style de gestion, la façon dont le pouvoir est partagé, la présence de leaders formels et informels peuvent fournir des indications sur le degré et les mécanismes de participation à prévoir. Nous intervenons souvent dans des petites entreprises, non syndiquées, dont le comité de santé et sécurité ou les représentants sont plus ou moins organisés, parfois même peu représentatifs.

  De plus, les divers rôles dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail ne sont pas toujours connus et explicites de part et d'autre.

  Enfin, il règne parfois un climat de peur dans certains milieux de travail, associé à un faible niveau d'instruction, à l'analphabétisme, aux différences ethniques ou à la crainte de voir les salaires touchés par toute «nouveauté».

  Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant de rencontrer de la résistance, tant chez les employeurs que chez les travailleurs, quant à leur implication active dans toute intervention touchant la santé et la sécurité du travail, incluant celle de nature éducative.

  La sensibilité des intervenants à ces éléments et à toute autre information ne pourra que les aider à ajuster leurs attentes et leurs objectifs en fonction des possibilités du milieu, et peut-être ainsi à faire porter leurs efforts d'intervention sur une période beaucoup plus longue.
- D'autres facteurs associés à l'individu auront une influence sur le caractère et le contenu des interventions. Il s'agit des caractéristiques sociodémographiques de la population-cible et ses besoins spécifiques en regard de l'élément de changement: connaissances, attitudes, perceptions, habiletés, ressources et sources de support ou de renforcement. Ce dernier point fait référence aux individus ou groupes pouvant avoir une influence sur la population-cible. Ainsi, une intervention visant à amener des changements chez les travailleurs nécessitera souvent la sensibilisation des contremaîtres et de l'employeur afin d'obtenir leur engagement et leur appui quant aux modifications visées. Tout comme les membres du CSS et les représentants syndicaux, ils peuvent influencer le comportement des travailleurs. D'une part, ils font figure de «role model», c'est-à-dire d'exemples sur lesquels les autres travailleurs vont tendre à modeler leurs comportements. D'autre part, ils peuvent avoir une influence directe sur les modi-

fications environnementales, la disponibilité d'équipements sécuritaires, l'organisation de travail. Tous ces éléments peuvent faciliter la promotion d'un environnement et de comportements sains et sécuritaires.

Comment faire l'analyse du milieu?

Percevoir et comprendre un milieu de travail exige en tout premier lieu une attitude d'écoute, un esprit d'observation et une capacité de faire des liens entre ce qu'on y découvre et la pertinence pour l'intervention.

Savoir profiter de l'opportunité du moment pour obtenir un certain nombre d'informations s'avère aussi un atout précieux lorsqu'on souhaite connaître davantage un milieu de travail.

Il est également intéressant de noter l'information recueillie, de conserver un aide-mémoire qui deviendra un point de référence lors de nos choix stratégiques. Une **fiche pour l'analyse du milieu** s'avère alors très utile (voir l'annexe 1) pour la compilation des informations.

Des observations, des contacts informels, le dialogue avec la direction, avec le CSS le cas échéant, avec les travailleurs lors d'entrevues individuelles ou d'échantillonnages, devraient permettre de recueillir des impressions et d'obtenir progressivement un «portrait humain» de l'entreprise.

Ce qu'il faut regarder

A – L'organisation interne et la dynamique de l'établissement

À cette étape, il convient d'accumuler de l'information objective sur la situation économique du milieu, l'organisation du travail, les acteurs en place (direction, travailleurs, associations, syndicats), les modes de prise de décision et de concertation entre les acteurs, l'organisation de la santé et de la sécurité du travail (y a-t-il un CSS?; si oui, quel est-il?; si non, pourquoi?).

De l'information de nature plus subjective peut être aussi pertinente. Il s'agit ici des relations de travail, des attitudes et des perceptions des travailleurs et de la direction quant à la santé et la sécurité, du degré de cohésion parmi les travailleurs (solidarité, tradition de revendication), du style de gestion (humaniste ou bureautique).

B – Les problèmes du milieu et les risques prioritaires.

La connaissance des préoccupations du milieu s'avère non seulement utile pour évaluer la réceptivité à l'intervention, elle peut également indiquer le point d'ancrage à privilégier. De plus, elle est susceptible, dans un premier temps, d'amener à chercher avec le milieu des solutions aux problèmes immédiats (salubrité, aires de repos...), ce qui devient une excellente façon d'établir un climat de confiance; ce premier pas peut faciliter l'adoption des priorités communes de santé et de sécurité du travail.

Les programmes visant en premier lieu les problèmes de santé et de sécurité qui préoccupent la population-cible obtiennent un meilleur taux de participation et sont plus efficaces dans la modification des connaissances, attitudes et comportements[3]. En outre, il sera plus facile d'amener le milieu à rechercher des solutions d'ordre individuel, organisationnel et environnemental, à partir de priorités communes. Dans la même ligne de pensée, les individus ayant participé à la recherche de solutions seront plus enclins à les appliquer.

Cela ne signifie cependant pas qu'il faille répondre automatiquement à tous les besoins du milieu et mettre ainsi de côté les risques prioritaires. Il s'agit plutôt de doser la démarche, sur une certaine période, et de concilier les efforts de l'équipe avec ceux des personnes du milieu de travail, afin d'y réaliser une intervention globalement satisfaisante pour toutes les parties. Il va sans dire qu'il importe de permettre à ces personnes de faire des choix éclairés, donc de leur procurer les informations nécessaires telles que les données environnementales disponibles et les effets sur la santé des risques présents.

C – Un inventaire préliminaire des solutions.

Avec l'employeur, les travailleurs, le CSS ou des personnes-ressources (ASP, consultants, autres entreprises), il est utile de se faire une idée assez rapidement du type d'intervention globale qui se dessine.

Il sera d'autant plus facile de préparer une intervention éducative dépassant la simple transmission de connaissances sur des solutions individuelles et s'adressant à d'autres aspects de la problématique (disponibilité de ressources, d'équipement, organisation de l'entretien préventif, élimination à la source...).

D – Les facteurs qui influencent la motivation au changement.

Les personnes que nous rencontrons dans les milieux de travail ont-elles les connaissances, les attitudes, l'intérêt, les habiletés, les ressources, le soutien, le pouvoir pour comprendre et agir face aux problèmes? Voilà une question d'apparence simple mais qui, dans les faits, est fort complexe.

Cette composante de l'analyse du milieu représente certainement un moyen d'alimenter la compréhension des éléments internes et externes propres à favoriser des processus de changement de comportement et des apprentissages.

À L'USINE COMPLEX

Une trentaine de travailleurs et travailleuses produisent et assemblent des tuyaux de métal. Les travailleurs sont non syndiqués; la moitié sont des immigrants, hommes et femmes. Il n'y a pas de CSS. La salubrité du milieu laisse à désirer: vermine; absence d'aire de repos; malpropreté des toilettes; température trop élevée; pas d'aération. Les risques industriels sont le bruit et les fumées de soudure.

Lors de rencontres informelles, les intervenants apprennent que les travailleurs et les travailleuses ont peur de simplement assister à une session d'information. Même si la réunion est permise par le patron (poliment), ils craignent entre autres de compromettre les hausses de salaire promises, puisqu'un intérêt pour la santé et la sécurité pourrait entraîner des coûts pour l'employeur. Ce qui les préoccupe avant tout, c'est la salubrité du milieu. Ils ont peur de réclamer des toilettes propres, une pour les femmes, une pour les hommes.

Voilà donc un milieu peu organisé, qui n'est pas prêt à se prendre en charge pour diminuer des risques que le professionnel juge prioritaires.

La direction de l'usine de son côté est préoccupée par la réduction possible de la production et du personnel, comme l'envisage la compagnie COMPLEX dont le siège social est en Ontario. Elle appréhende les coûts que pourrait représenter un investissement dans la santé et la sécurité du travail et encourage à tout le moins le port de protecteurs individuels (masques, coquilles).

Bien que l'usine soit dans une situation économique précaire, la compagnie COMPLEX est relativement prospère et considère la santé et la sécurité comme secondaires.

Les intervenants prennent contact avec la direction de l'usine à plusieurs reprises. Ils reçoivent une approbation mitigée quant aux solutions à envisager: améliorer la salubrité; installer un système de ventilation; organiser l'entretien préventif; encoffrer les machines bruyantes.

L'établissement d'un consensus et la définition d'un mandat

Pourquoi est-ce important?

L'analyse du milieu a suscité un échange d'information entre les personnes dans l'entreprise et l'équipe de santé et sécurité du travail. D'une part, les personnes du milieu de travail ont eu l'occasion de se familiariser avec la Loi sur la santé et la sécurité du travail, les rôles et les responsabilités des différentes parties concernées, d'établir un contact avec l'équipe du CLSC et de mieux cerner la problématique globale. D'autre part, l'équipe est plus en mesure de cerner la situation globale de l'entreprise, tant sa dynamique humaine et industrielle que ses préoccupations et son potentiel de changement. Il y a donc une opportunité à saisir pour établir un consensus et définir un mandat ou un projet d'intervention éducative.

C'est une étape-charnière dans le processus en ce sens qu'elle fait le lien entre la prise de contact avec un milieu de travail et les choix stratégiques qui orienteront l'intervention. Elle représente de plus le moment privilégié pour asseoir dès le départ l'intervention sur une base de concertation et de transparence entre les intervenants et les milieux de travail.

Comment y parvenir?

Le consensus et le mandat peuvent être ébauchés à certains moments de façon informelle mais ils devront ultérieurement faire l'objet d'un accord clair, en bonne et due forme. À cette étape, l'équipe sera peut-être amenée à renseigner le milieu de travail sur son style d'intervention éducative. Faire accepter l'idée de la prévention est une chose. Mais faire accepter la façon dont on entend s'y prendre pour obtenir de meilleurs résultats peut représenter un atout de plus quand on souhaite impliquer à chaque étape le public visé.

Ce qu'il faut définir

A – les partenaires et les personnes-cibles

Il importe de déterminer clairement avec qui l'on s'associe pour mener l'intervention éducative (CSS, travailleur ou contremaître délégué, représentant à la prévention, personnes-ressources de l'entreprise ou de l'extérieur...), et auprès de qui elle sera menée (employeur, CSS, départements, groupes de travailleurs, contremaître, famille, communauté...).

Dans la mesure du possible, il est bon de préciser les responsabilités de part et d'autre quant à la réalisation de l'intervention éducative et à la disponibilité requise des personnes concernées. Ainsi, il peut s'avérer pertinent de négocier dès le début la participation d'un représentant des travailleurs pour la cueillette d'information, la préparation et l'animation de sessions. Préciser le nombre d'heures requises peut faciliter grandement l'adhésion de l'employeur à ce genre de démarche et assurer ainsi son déroulement.

B – Les objectifs

L'information accumulée jusqu'à maintenant permet de formuler des objectifs afin d'orienter l'intervention éducative et de préciser les résultats visés. Il s'agit de rete-

nir un minimum d'objectifs qui comprendront les éléments suivants:

- les problèmes prioritaires autour desquels porteront les interventions (salubrité du milieu, bruit, accidents...);
- les comportements à modifier incluant la recherche ou la mise sur pied de solutions environnementales (organiser l'entretien hygiénique et préventif des lieux, encoffrer les machines...);
- les facteurs qui permettront les modifications de comportement chez les diverses populations-cibles (les attitudes, connaissances, habiletés, ressources, mécanismes de renforcement, perception de l'employeur sur les implications d'un investissement en santé et sécurité du travail).

Pour chaque objectif, il est important de préciser:

- *à qui s'adresse l'intervention,*
- *ce qui doit être modifié,*
- *le degré de changement souhaité,*
- *le temps nécessaire.*

C – Les stratégies

Le choix des stratégies et des méthodes devra tenir compte des contraintes, des ressources disponibles, des caractéristiques du groupe visé et de la nature du changement souhaité (attitude, connaissance, habileté, support...). Il devrait aussi s'inscrire dans l'optique d'un changement à long terme dans le milieu de travail. Dans cette ligne de pensée, les stratégies pour l'intervention éducative devraient s'inspirer d'un processus en quatre phases:

1. la **sensibilisation** (modification des connaissances...);
2. la **persuasion** (modification des perceptions, arguments, attitudes...);
3. la **prise de décision et l'expérimentation** (l'incitation pour passer à l'action, le développement d'habiletés, l'accessibilité des ressources);
4. **l'adoption, la modification ou le rejet des comportements visés** (support face aux changements obtenus).*

Voici pour chaque phase, les diverses stratégies, méthodes et techniques à privilégier:

- **Stratégies de sensibilisation et d'information** qui visent à transmettre des faits, des renseignements, et dont le but est d'augmenter les connaissances des gens. Le processus est à sens unique et ne nécessite aucune rétroaction du récepteur.

  Les activités possibles:

  - sondage;
  - campagne média;
  - bulletins, affiches;
  - conférences de groupe, exposés;
  - rencontres individuelles,
  - diffusion d'un dossier d'information (dossier des CLSC; ressources pour non-syndiqués...);
  - présentation de films, diaporamas;
  - diffusion de matériel écrit (brochure, dépliant...).

- **Stratégies de persuasion** qui visent à présenter les avantages et les inconvénients d'une action afin de modifier des perceptions et des attitudes.

  Les activités possibles:

  - échanges interpersonnels;
  - enquêtes de perceptions;
  - entrevues subjectives (voir exemple en annexe 2);
  - discussions de groupe permettant la clarification des valeurs et normes sociales.

- **Stratégies qui facilitent la décision de passer à l'action et à l'expérimentation.**

  - Elles comprennent d'abord des éléments déclencheurs:

    Pour le travailleur, il peut s'agir de la remise d'un résultat d'examen médical, la confrontation avec certains symptômes démontrant une atteinte potentielle (par exemple, perte temporaire de l'audition), la présentation de témoignages d'individus auxquels le travailleur peut s'identifier, la présentation des résultats de l'échantillonnage environnemental, des défis intra ou inter-départementaux, etc.

    Pour l'employeur, il peut s'agir d'incitatifs financiers (subventions, déductions fiscales ou diminution de cotisations), des défis entre différentes entreprises (campagne de la promotion des réalisations par le ministère).

  - Viennent ensuite des activités de formation visant le développement d'habiletés spécifiques et devant inclure une période d'expérimentation du ou des comportements visés. Elles peuvent inclure des études de cas, discussions, jeux de rôles, travaux en petits groupes, sessions de démonstration pratiques.
  - S'ajoutent, si nécessaire, des interventions permettant d'améliorer l'accessibilité aux ressources (production de répertoires de ressources humaines, financières, technologiques, mise en contact avec les ressources pertinentes) ou le développement organisationnel visant la modification des structures et politiques (susciter la mise sur pied d'un CSS, la nomination de responsables d'activités, le développement de politiques de formation, d'achat ou d'entretien des équipements).

- **Des stratégies qui encouragent l'adoption, la modification ou le maintien de comportements.**

  Il s'agit en fait des activités de rappel, de relance ou de renforcement. Il est essentiel de donner aux travailleurs, au CSS et à l'employeur une rétro-information sur l'évolution de la situation, par exemple la nature les modifications comportementales et environnementales et l'impact des changements apportés.

  Des activités possibles:

  - rencontres périodiques avec les travailleurs (individuelles ou en groupe);
  - publication des efforts collectifs ou individuels (affiches, journal...);
  - information aux travailleurs sur leur condition de santé (carte postale, message écrit);
  - visite périodique des lieux...

* Ces quatres phases sont analysées dans le chapitre suivant.

L'étape de l'établissement d'un consensus et de la définition d'un mandat nous aura permis de partager l'information et les choix stratégiques avec les personnes du milieu de travail et de partager et situer clairement les responsabilités mutuelles.

Après avoir déterminé les partenaires, groupes-cibles, objectifs et stratégies, il est utile de préciser le plus possible les rôles et tâches de chacun.

À L'USINE COMPLEX

L'équipe a un très bon contact avec la secrétaire de direction de l'usine. Avec son aide, elle décide tout d'abord de sensibiliser l'employeur à l'impact des problèmes du milieu sur la santé et sécurité du travail. Elle évoque l'éventualité d'une inspection (quant aux problèmes de salubrité) mais aussi la possibilité de l'éviter (grâce à un plan d'action minimal). L'équipe indique de plus que des correctifs sont envisageables quant aux émanations de fumées de soudure et au bruit. Après cette esquisse de la situation, elle reçoit les réactions de l'employeur qui est encore réticent. Elle tente alors d'apporter des exemples, des précisions et un modèle d'approche (un schéma de l'intervention dans l'usine).

L'employeur est plus rassuré. L'équipe rappelle qu'il s'agit d'une hypothèse et que l'important c'est de collaborer étroitement avec les premiers concernés, c'est-à-dire les travailleurs. C'est pourquoi elle demande d'amorcer l'intervention avec un noyau de personnes, incluant un travailleur délégué par ses pairs et un représentant de l'employeur. L'idée est acceptée.

Ensuite, l'équipe rencontre les travailleurs. L'employeur se déclare absent ce jour-là. Les intervenants décrivent alors leur démarche entamée auprès de l'employeur et indiquent qu'il a manifesté une certaine ouverture. Ils tentent de rassurer les travailleurs et démontrent un vif intérêt pour leurs préoccupations. Ils en profitent pour aborder diverses questions: normes minimales de travail, droits des travailleurs, responsabilités de l'employeur et des travailleurs. Un travailleur manifeste finalement son intérêt pour être associé de plus près à la démarche.

Progressivement, un consensus s'établit au sein du milieu de travail. L'action portera d'abord sur la salubrité dans l'usine. Elle sera menée par trois personnes (un intervenant, un travailleur, l'employeur) et comportera des stratégies qui facilitent le développement des ressources physiques et de plans d'entretien des lieux. Une action menée parallèlement visera la mise sur pied d'un CSS, qui aura éventuellement à coordonner des stratégies de formation et la recherche de solutions pour la réduction du bruit et des fumées de soudure à la source. Il règne toujours un climat de méfiance chez les travailleurs et de réticence chez l'employeur. Les intervenants ont toutefois fait des pas...

La planification opérationnelle du mandat

Pourquoi est-elle importante?

À cette étape, les personnes responsables de la réalisation des activités éducatives (intervenants, représentants de l'employeur et des travailleurs) sont en mesure d'en définir le cadre administratif et opérationnel. La préparation du terrain (les situations, les lieux et la durée des apprentissages et des discussions), des personnes (validation des actions planifiées à chaque étape), des activités (qui fait quoi? quand? comment? pourquoi?) est essentielle au succès des interventions et permet d'apporter des ajustements.

Comment la réaliser?

Elle se fait de concert avec toutes les personnes responsables de la réalisation des activités éducatives. Des comptes rendus écrits des activités de planification seront utiles pour dresser un portrait complet de l'intervention éducative. Il ne s'agit pas de présenter les grilles de planification habituelles mais plutôt de suggérer des éléments de planification utiles et stimulants.

Ce qu'il faut prévoir

Parmi les éléments à prévoir, il faut inclure:

- le calendrier des activités;
- les ressources humaines et matérielles;
- le partage des tâches;
- les outils nécessaires (matériel de soutien, audiovisuel...).

À L'USINE COMPLEX

L'intervenant, le travailleur désigné et l'employeur mettent beaucoup de soin et de temps à structurer un plan qui améliorera efficacement la salubrité dans l'usine. Avec l'aide de l'ASP, ils préparent de plus des dossiers d'information et des activités de formation pour la mise sur pied d'un CSS et mettent au point un projet visant à amener tous les travailleurs et les employeurs à déterminer ce qui est modifiable dans le milieu de travail en regard du bruit et des fumées de soudure, pour ensuite prendre des décisions. L'engagement du travailleur délégué dans la préparation de ce projet s'avère essentielle.

La planification de l'ensemble des activités et leur préparation exigent quelques séances de travail. L'employeur mentionne souvent qu'il est débordé et subit toutes sortes de contraintes (absentéisme des travailleurs, vacances, mises à pied périodiques...).

Les travailleurs restent encore méfiants. Les intervenants tentent de respecter le rythme de l'usine mais privilégient tout de même une cadence de réalisation serrée afin de conserver l'enthousiasme.

La réalisation des activités, l'évaluation et le suivi

Pourquoi est-ce important?

Voilà le moment crucial: le début des activités qui contribueront à amener le milieu de travail à la prise en charge de sa santé et de la sécurité.

Quant à l'évaluation, différentes raisons la motiveront. L'évaluation de la conception permettra d'analyser le choix des stratégies, des méthodes et du contenu en rapport avec les objectifs. On peut se demander, par exemple, si toutes les dimensions du problème ont été touchées, si l'on a tenu compte des ressources et des contraintes du milieu ou encore si les objectifs étaient vraiment réalistes.

L'évaluation de la mise en application permettra de déterminer si tout se passe comme prévu et de faire les ajustements nécessaires de façon à maximiser les chances de succès du programe d'activités. On pourra, par exemple, examiner si les activités éducatives ont eu lieu, le nombre de participants, la satisfaction des différents participants, etc.

L'évaluation de l'impact permettra de vérifier si l'on a obtenu les résultats escomptés par rapport aux objectifs fixés (connaissances, attitudes, habiletés, support, modifications environnementales, port de protecteurs, mise sur pied d'un CSS, etc.).*

Finalement, un suivi doit être intégré à l'ensemble de l'intervention éducative. Il soutiendra la prise en charge progressive et maximisera l'impact de l'intervention éducative.

Comment maximiser l'impact ou... ce qu'il faut faire

Quels sont les éléments à retenir au moment de la réalisation des activités éducatives proprement dites et de l'évaluation?

A – Au moment de la rencontre individuelle

La rencontre individuelle avec le travailleur ou l'employeur peut fournir une excellente occasion d'établir un climat de confiance, de clarifier des attitudes, de sensibiliser et de changer des comportements.

B – Au moment des activités de groupe

- Les activités de groupe sont cruciales. C'est souvent là que les personnes s'intéressent au sujet, s'y identifient, s'approprient de façon collective la prise en charge des problèmes et décident d'agir. L'animation est donc capitale... tout comme l'empathie et l'écoute.
- Le matériel visuel (affiches, tableaux, dépliants, audio-visuel...) peut fournir un soutien important. Un langage simple, accessible, imagé, des textes courts et des images visibles, des éléments bien en vue, une utilisation pédagogique... voilà autant de trucs simples!

C – Au moment de l'évaluation

Les méthodes d'évaluation sont soit qualitatives (lorsqu'on fait appel à des mesures subjectives, par exemple la rétro-information, l'entrevue ouverte individuelle ou en groupe), soit quantitatives (lorsqu'on fait appel à des mesures objectives, par exemple les mesures environnementales ou les examens médicaux).

Voici quelques exemples d'activités possibles pour les différents types d'évaluation.

Évaluation de la conception

- Rencontres avec les personnes concernées (intervenants, représentant des travailleurs,...).
- Revue des expériences antérieures.

Évaluation de la mise en application

- Entrevues informelles avec les travailleurs, l'employeur, le CSS.
- Rétro-information des participants après chaque activité.

* Un exemple de questions-clés est présenté à l'annexe 3.

- «Journal de bord» des intervenants où l'on détaille les diverses activités et le déroulement de ces activités.

Évaluation de l'impact (par rapport aux objectifs visés)

- Observation des changements dans le milieu de travail (par exemple, à l'aide d'une grille).
- Questionnaires de perception auprès des travailleurs, de l'employeur, des contremaîtres.
- Mesures environnementales.
- Bilan de santé, registre des accidents.

À L'USINE COMPLEX

La première activité consiste à mettre au point, diffuser et discuter le plan d'action *Améliorons notre qualité de vie au travail* (sur la salubrité). Les employeurs se sentent un peu contraints mais démontrent tout de même un certain intérêt. Les travailleurs se solidarisent autour de cette action, se rassurent graduellement et deviennent même enthousiastes. La mise sur pied d'un CSS exige la tenue d'une session de formation pour tous et d'une autre pour le nouveau CSS.

Les intervenants et les personnes désignées par le milieu participent à une discussion, à la suite du visionnement d'un diaporama, sur les risques dans l'usine COMPLEX. À l'aide d'une pédagogie dynamique, l'ensemble des travailleurs concernés et les employeurs en viennent à déterminer et retenir des solutions efficaces. On fait alors appel à des ressources de l'extérieur (autres usines, autres équipes de santé, ASP, DSC...) pour leur mise en oeuvre.

L'évaluation et le suivi sont planifiés de façon systématique.

Synthèse des étapes pour une intervention éducative

1. Analyse du milieu			
L'organisation interne et la dynamique socio-sanitaire.	Les problèmes du milieu et les risques prioritaires.	Un inventaire préliminaire de solutions.	Les facteurs qui influencent la motivation au changement.
2. Établissement d'un consensus et définition d'un mandat			
Les partenaires et groupes visés.	Les objectifs.	Les stratégies.	
3. Planification opérationnelle du mandat			
Les activités et le calendrier.	Les ressources humaines et matérielles.	Les mécanismes d'évaluation.	Les outils.
4. Réalisation des activités, l'évaluation et le suivi			

3. *Des fondements théoriques concernant les changements de comportement, les apprentissages et l'intervention dans le milieu*

Une approche éducative enrichie en santé au travail nécessite que l'on prête une certaine attention à tout ce qui peut influencer les individus impliqués dans le processus. Il peut alors s'agir d'éléments internes

- leur psychologie,
- leurs modes de prise de décision et d'apprentissage,
- leurs résistances (valeurs, préjugés),
- leur degré de réceptivité,
- etc.

ou d'éléments externes

- la nature des rapports humains, politiques et professionnels entre les acteurs concernés,
- les modes d'intervention et d'influence,
- les modes de conception et de transmission des messages,
- etc.

Nous tenterons donc de donner un aperçu des fondements théoriques qui permettent de comprendre les éléments internes et externes impliqués dans les processus de changement de comportement et d'apprentissage. La première partie présente les différentes étapes vécues par l'individu ou le groupe lors d'une modification de comportement et fait davantage référence à des éléments internes. La compréhension du processus est essentielle puisque, à chacune de ces étapes, différentes stratégies sont nécessaires. La deuxième partie présente quelques principes de base pouvant favoriser les changements de comportement et les apprentissages en faisant ressortir les principales implications pour l'intervention. En conclusion, il sera brièvement question du contexte social, économique et politique dans lequel s'effectuent ces changements de comportement et ces apprentissages, ce qui correspond aux éléments externes.

Les phases du changement de comportement

Lors d'une modification de comportement, l'individu chemine à travers différentes phases [4]*, qui ne sont pas nécessairement vécues de façon linéaire ou avec la même acuité. Leur compréhension est cependant importante puisque ces phases reflètent tout de même un processus vécu par la moyenne des individus et peut guider la planification d'un programme complet, c'est-à-dire qui tient compte des différents éléments pouvant influencer l'adoption et le maintien des comportements visés.

La première phase est celle de la **sensibilisation** au cours de laquelle l'individu prend connaissance du problème, du comportement à adopter et des conséquences qui peuvent en résulter. Bref, il comprend l'inter-relation entre le problème et les actions proposées. Cette phase est suivie d'une période de **persuasion** où les avantages et les inconvénients de l'action sont analysés. L'intervention ici nécessitera, entre autres, une bonne connaissance des perceptions et arguments de l'individu. Cette étape débouchera sur une **prise de décision** qui, le cas échéant, sera suivie d'une **période d'expérimentation**.

La prise de décision s'exerce non seulement sous l'influence d'éléments cognitifs (connaissances), affectifs (attitudes, valeurs) et psycho-moteurs (habiletés) mais aussi sous l'influence d'autres éléments prédisposants (culture, mode de vie, personnalité, âge, état de santé, développement personnel) et facilitants (ressources humaines, matérielles et financières). La satisfaction ou l'insatisfaction face à l'expérimentation entraînera l'**adoption,** le **rejet** ou la **modification** du comportement.

Le degré ultime de modification de comportement est l'**internalisation** et ne peut être atteint que lorsqu'un certain niveau affectif est touché. Le comportement correspond alors à une valeur (il est internalisé). Dans le processus du changement au sein d'une organisation, on inclut souvent une étape entre l'adoption et l'internalisation. Cette étape correspond à l'institutionnalisation du changement qui implique souvent des modifications au niveau de la structure (par exemple, mise sur pied de renforcement positif ou négatif) de façon à favoriser le maintien des changements obtenus. [5,6]

Le tableau 1 illustre les différentes phases et les implications pour l'intervention.

* Inspiré du modèle de Rogers.

Tableau 1: Les processus de changement de comportement et ses implications

Phase	Ce qui se passe chez l'individu ou le groupe	Exemples	Implications pour l'intervention
1) La sensibilisation— modification des connaissances.	Lorsque l'individu* est exposé à l'élément de changement** et en comprend la fonction.	L'employeur reconnait l'importance du problème de bruit dans son entreprise et comprend les différents modes de solution possibles.	Bien faire connaître les changements visés et l'impact potentiel de ces changements. Exposer l'information simplement et utiliser diverses méthodes si nécessaire.
2) La persuasion.	Lorsque l'individu* adopte une attitude favorable ou défavorable en regard de l'élément de changement. À cette étape, il tend à analyser les conséquences du changement, ses avantages et ses inconvénients.	L'employeur pèse le pour et le contre d'investir dans un programme visant l'élimination à la source du bruit. Il assiste à une conférence donnée à la Chambre de commerce de sa municipalité où plusieurs employeurs présentent leur expérience en regard de l'élimination à la source du bruit. Après réflexion, il est convaincu des avantages de réduire à la source.	Identifier les arguments et perceptions de l'individu et en tenir compte dans les messages développés. Faire valoir les avantages de l'action permettant de «relativiser» les désavantages perçus. Permettre à l'individu de verbaliser ses craintes, ses préoccupations en regard des changements proposés.
3) La décision de passer à l'action — l'expérimentation.	Une fois l'individu favorable au changement, la présence d'un élément déclencheur pourra favoriser le passage à l'action. Cette phase nécessite souvent le développement d'habiletés chez la population-cible.	Lors d'une visite de l'équipe, l'employeur exprime son intérêt à réduire le bruit dans son établissement. L'équipe lui propose un support au niveau de la démarche. Elle lui explique les composantes majeures d'un programme de réduction du bruit et suggère la formation d'un groupe pour travailler à l'implantation de la démarche. À l'aide du technicien en hygiène et des représentants du milieu, les principales sources de bruit sont identifiées et classées selon le degré de difficulté d'intervention. Après avoir consulté quelques personnes ressources et évalué la faisabilité des diverses solutions, on procède à l'encoffrement d'une machine.	Bien cerner les habiletés, les ressources et la logistique nécessaires à l'action. Voir à ce que les rôles et responsabilités de chacun soient clairs. Reconnaître et admettre ses limites comme intervenant.
4) L'adoption, le rejet ou la modification du comportement.	Après expérimentation, l'individu ou le groupe peut décider d'adopter, de rejeter ou de modifier le comportement de façon à rendre le changement plus acceptable (ex.: modification du comportement, du programme...).	Les résultats sont fort satisfaisants. Suite aux recommandations du groupe, l'employeur décide d'initier des représentants de chaque département à l'implantation de la démarche.	Prévoir les mécanismes de suivi et de renforcement. Être attentif aux motifs d'abandon; aider à chercher des solutions de compromis.
5) L'internalisation.	L'adoption implique une modification du comportement mais pas nécessairement une modification des valeurs de l'individu. Bien que cette dernière étape ne soit pas nécessaire pour tous les changements visés, le support face à ceux-ci sera maximal si ces changements rejoignent les valeurs des individus. Ainsi, plus le changement sera congruent avec les intérêts et les valeurs de l'individu, plus l'engagement à ce changement sera fort. On parle d'intériorisation lorsque le comportement fait partie des valeurs de l'individu.	Après quelques années d'implantation du programme, la satisfaction est générale. L'employeur et les représentants ont décidé d'embaucher une ressource à temps plein pour gérer le dossier de santé dans l'entreprise. Ils en sont venus à cette valeur prioritaire suite à des interventions de l'équipe s'adressant d'abord à leurs préoccupations du moment (salubrité, température, lieux de repos).	Tenir compte des valeurs, de la culture de l'entreprise (ex.: productivité, image publique, autres sources de préoccupations...) dans la planification des interventions (un écart trop important entre celles-ci et les valeurs à la base de l'élément de changement pourrait entraîner un rejet). Prévoir la participation de la population-cible dans la planification du programme de façon à favoriser le sentiment d'appartenance.

* L'individu ou le groupe.

** Fait référence à une innovation. Peut être appliqué à un comportement à modifier, à un programme de promotion à implanter,...

Des principes* pour susciter des changements de comportement et favoriser des apprentissages; implications pour l'intervention éducative.

Principe n° 1

Les perceptions sont souvent plus importantes que la réalité. En outre, on a plus de chance d'assister à un changement de comportement si [7,8]**:

a) l'individu croit que sa santé est en danger,

b) l'individu perçoit la gravité potentielle du problème,

c) l'individu estime qu'il peut faire quelque chose face au problème,

d) l'individu estime que les bénéfices qu'il peut retirer d'une action qu'il va entreprendre sont réels et supérieurs aux inconvénients.**

Implications

Il est important d'identifier et de clarifier les perceptions des individus face aux risques et aux solutions (par exemple à l'aide de rencontres individuelles). Selon les résultats obtenus, il pourra être nécessaire d'insister davantage sur certains points, par exemple donner de l'information permettant à l'individu de percevoir que:

a) il est à risque

Exemples:

- Participation du travailleur à l'échantillonnage environnemental.
- Affichage du nombre de dBA à son poste.
- Information sur les risques selon son exposition.
- Information sur l'ampleur du problème dans l'entreprise ou chez les individus de même métier.
- Signalement de la présence de symptômes pouvant être associés à une exposition au risque (bourdonnements ou sifflements dans les oreilles...), remise au travailleur du résultat de ses examens médicaux...

b) le problème est sérieux

- Information sur les effets sur sa santé en insistant sur les conséquences (impact social, familial, économique...).
- Témoignages de travailleurs atteints, de leurs conjoints sur l'impact du handicap dans leur vie.
- Mise en situation permettant au travailleur d'imaginer les impacts d'une atteinte, par exemple écoute d'une bande sonore démontrant la capacité d'audition d'une personne atteinte de surdité.

c) il peut faire quelque chose face au problème

- Insister sur la possibilité de prévenir le problème de santé et sur les actions possibles pour l'individu.
- Situer l'importance du problème collectif, démontrer au travailleur qu'il n'est pas seul concerné (niveaux d'exposition dans l'entreprise, bilan dépersonnalisé) et qu'il existe des solutions collectives.
- Informer sur les actions entreprises par des travailleurs et employeurs dans des conditions similaires.

d) les bénéfices de l'action sont plus grands que les inconvénients

Exemples:

- Inclure de l'information sur l'efficacité de l'action (possibilité de réduire de «x» dBA le bruit causé par l'encoffrement de la machine).
- Permettre aux travailleurs d'échanger sur les bénéfices et les inconvénients des différentes actions possibles, sur l'importance relative des divers avantages et désavantages.
- Faire valoir à l'employeur les avantages de passer à l'action (augmentation de la satisfaction, des travailleurs de la production, meilleure qualité du produit, avant-gardisme de la démarche par rapport au compétiteur, amélioration de l'image publique de la compagnie...).
- Inclure le témoignage d'employeurs qui ont entrepris des actions pour un problème similaire (les difficultés rencontrées et les avantages retirés des actions entreprises).

Principe n° 2

Les techniques de communication persuasive provoquent souvent des changements de comportements immédiats, mais temporaires.

Implications

Présenter les avantages et inconvénients si l'on désire un changement de comportement à long terme. Présenter le côté favorable en dernier.

Exemple:

- L'élimination à la source du bruit entraîne des coûts; cependant, le dégagement des outils de coupe sur un tour n'amène pas seulement une réduction du bruit, mais une amélioration de la qualité de l'état de surface. La durée de vie des outils est ainsi augmentée.

Principe n° 3

L'échec dû à des objectifs irréalistes amène des déceptions et de l'apathie.

Implications

Permettre aux individus de participer à l'élaboration de leurs objectifs et voir à ce que ces objectifs soient réalistes compte tenu des ressources et des contraintes du milieu.

Exemples:

- Rencontre avec le CSS pour discuter d'un plan d'action.
- Discussion de groupe*** au sein d'un département pour générer des propositions de solutions à court, moyen et long termes (port de protecteurs, modification d'un procédé ou d'une machine spécifique, etc.).

---

* Inspiré de: «Principles and guidelines to behavior modification» de Donald Morisky — Produit dans le cadre du cours PH296 — University of California, Los Angeles — Non publié.

** Inspiré du «Health Belief Model». Bien que ce modèle n'ait pas été testé au niveau du comportement préventif des travailleurs, ses principales composantes se retrouvent au niveau du modèle de «Hale et Pérusse» qui est spécifique au comportement préventif des travailleurs.

*** Les discussions de groupe ont l'avantage de permettre la clarification et la modification de certaines attitudes, perceptions et normes du groupe. La formulation d'objectifs par le groupe peut non seulement inciter à l'action mais le sentiment d'appartenance peut également aider à maintenir l'adhésion aux objectifs visés.

Principe n° 4

La majorité des gens ont une capacité d'apprentissage visuelle plus grande qu'auditive. Ainsi on retient[9]:

- 10 % de ce qu'on lit,
- 20 % de ce qu'on entend,
- 30 % de ce qu'on voit,
- 50 % de ce qu'on voit et entend,
- 80 % de ce qu'on dit,
- 90 % de ce qu'on fait.

Implications

- Favoriser les méthodes actives (jeux de rôle, discussion, enquête-apprentissage...) plutôt que passives (exposé, lecture, documentation écrite...).
- Utiliser des méthodes audio-visuelles lorsque c'est possible.
- Répéter le message sous différentes formes. Le processus d'apprentissage varie selon les individus; l'utilisation de diverses méthodes peut non seulement susciter l'intérêt mais également augmenter l'impact.

Principe n° 5

Il est souvent plus facile pour les participants d'effectuer une série de petits changements plutôt qu'un grand changement d'un seul coup. Il est aussi plus facile de favoriser l'adoption progressive d'un comportement positif plutôt que l'élimination progressive d'un comportement négatif.

Implications

Concevoir le programme de façon à permettre aux participants de procéder à de petits changements graduels.

Exemple:

Un programme de formation visant à diminuer l'exposition aux gaz et fumées de soudage est fragmenté en plusieurs sessions sur différents thèmes (les méthodes de travail, le port de protecteurs adéquats, l'utilisation de la ventilation locale, l'entretien de l'équipement...). On met l'accent sur les comportements à adopter plutôt que sur les comportements à éliminer.

Principe n° 6

L'apprentissage d'habiletés techniques est plus efficace si l'individu a la chance de visualiser le comportement voulu et ensuite le pratiquer.

Implications

Il importe, dans un premier temps, de bien cerner et détailler le ou les comportements visés. Pour un comportement spécifique, un programme de formation devrait inclure trois principaux aspects[10]:

- l'information, suivie d'une démonstration du comportement visé;
- une période pratique pour le travailleur, idéalement sur le site même de son travail, afin de faciliter le transfert des compétences acquises;
- la rétro-action permettant à l'individu de se réajuster au besoin;

Exemple:

Dans un milieu hospitalier, on veut diminuer chez les pharmaciens l'exposition à certains produits cancérigènes associée à la préparation de solutions antinéoplasiques. Après avoir observé la tâche, on dissecte les comportements en plusieurs segments (ouverture de la fiole, transfert de la substance dans une seringue...). La méthode adéquate pour chacune des étapes est ensuite enseignée aux pharmaciens à l'aide d'un diaporama. Par la suite, les pharmaciens sont appelés à pratiquer les comportements sous la supervision du formateur. Des périodes pratiques sont prévues jusqu'à ce que les comportements soient bien maîtrisés.

Principe n° 7

La personne qui émet un message exerce une influence significative quant à l'acceptation ou non de ce message.

Implications

Il est important de se questionner sur l'image que l'on véhicule à la population-cible comme émetteur d'un message et d'utiliser ou d'inclure le témoignage de personnes jugées par celle-ci comme[11]:

- ayant du pouvoir,
- étant crédibles,
- étant attrayantes.

Selon les caractéristiques de la population-cible (âge, ethnie, scolarité, ancienneté au poste de travail), l'importance de ces éléments peut varier.

La notion de pouvoir fait référence à la notion d'autorité et d'influence donc à la capacité ou à l'habileté de l'émetteur de renforcer, positivement ou négativement, le comportement du travailleur.

La crédibilité de l'émetteur peut diminuer considérablement si le récepteur perçoit que celui-ci défend des intérêts personnels. Ainsi, un message visant la protection individuelle risquerait d'être mal reçu s'il est véhiculé par l'employeur. On pourrait lui attribuer un manque de volonté d'investir dans l'élimination des risques à la source. Au contraire, des individus qui ont une expérience similaire à celle du groupe-cible (employeurs d'un même secteur d'activité, travailleurs d'un même métier) peuvent s'avérer fort crédibles. Finalement, l'expertise attribuée à un émetteur peut également influencer sa crédibilité.

L'attrait de l'émetteur du message est un autre facteur qui influence la réceptivité. Ainsi, les gens tendent à adopter des attitudes et des comportements semblables aux personnes qu'ils considèrent comme significatives et auxquelles ils s'identifient. En conséquence, la contribution de travailleurs perçus comme des leaders peut augmenter la réceptivité des messages véhiculés. D'autres, perçus comme des «role model» peuvent également avoir une influence considérable sur le comportement des travailleurs. On n'a qu'à penser à l'utilisation de certains athlètes, certains artistes et certaines figures politiques à des fins publicitaires ou pour la promotion de comportements sécuritaires (campagne pour l'utilisation du condom, promotion du lait...).

Principe n° 8

Les individus visés par les changements ont peu de chance de persévérer s'ils manquent de support actif pour l'adoption et le maintien d'un comportement.

Implications

Il est essentiel de déterminer les différents groupes ou individus qui influencent l'adoption et le maintien du

ou des comportements visés et de prévoir leur participation au programme.

Un contexte social, économique et politique

Il faut finalement souligner que les apprentissages, les changements de comportement et d'attitude en santé au travail s'effectuent dans un contexte social, économique et politique qu'on ne peut ignorer. Il nous apparaît important de situer ici brièvement leur influence. Un climat économique instable (chômage, fermetures d'usine, hausse des taux d'intérêt...), des conditions de vie qui se détériorent (hausse du coût de la vie, de la pauvreté; santé et qualité de vie de plus en plus menacées...), les coûts de la santé et de la sécurité du travail qui augmentent (absentéisme, baisse de productivité, cotisations...): voilà autant d'éléments qui auront un impact direct ou indirect sur la réceptivité des milieux de travail à l'intervention éducative. Un tel contexte économique peut freiner la réceptivité.

Un milieu de travail évolue dans un contexte politique. À l'interne, il a une «histoire» et une dynamique faites de rapports de force, de conflits, de luttes, et aussi de relations de travail, d'associations. À l'externe, il est soumis à des lois et à d'autres rapports de force (le marché, les consommateurs...). Selon que le climat est intense ou non, harmonieux ou non, le milieu de travail subira, à des degrés divers, son influence.

Dans ce contexte, l'intervention éducative peut représenter un défi, une opportunité de concertation, mais aussi une menace, une source de conflits pour les acteurs concernés.

Enfin, un contexte social précaire, à travers des réalités telles que le racisme et l'analphabétisme, peut certainement freiner le dynamisme des milieux de travail en tant que force sociale déterminée à améliorer sa santé et la sécurité.

4. *Des avenues d'intervention à explorer*

Une intervention éducative enrichie en santé au travail nécessite le recours à diverses stratégies ou domaines d'intervention. Nous en présenterons quelques-unes en guise de «répertoire» d'avenues à explorer. Elles ne sont ici que sommairement décrites, puisqu'elles feront l'objet d'un autre cahier de la collection. Cette brève description comporte l'avantage d'être soutenue par des démonstrations de réalisations spécifiques à la santé au travail. Chaque stratégie (ou champ d'intervention) est donc illustrée par un exemple qui met l'accent sur ses principales caractéristiques de la façon la plus juste possible. De nombreux exemples auraient pu servir d'illustrations, étant donné la richesse des acquis et des réalisations en santé au travail au Québec. Pour être concis, nous avons cependant été contraints de faire un choix.

Éducation pour la santé

Cette discipline propose des modèles permettant d'expliquer les facteurs qui influencent le comportement (Fishbein, Health Belief Model, Kar...) et des modèles de planification (voir le modèle de Green présenté à l'annexe 4) guidant l'élaboration de messages (contenu) et le choix des stratégies et des méthodes d'intervention éducative (moyens). Ces modèles nous permettent de dresser un portrait des causes (environnement physique, économique; comportements préventifs et habitudes de travail, nature des services de santé) liées aux problèmes de santé, et des facteurs d'influence qui y sont associés (connaissances, attitudes, habiletés, ressources, soutien, conflits, etc.). Une perspective d'éducation pour la santé met l'accent sur les activités suivantes:

Déterminer les comportements individuels et collectifs reliés à la problématique.

Exemples:

- Utilisation de l'équipement de protection (ventilation, coquilles, appareils, vêtements, etc.).
- Exercice du droit de refus.
- Formation d'un CSS.
- Établissement d'une politique de correction ou d'achat d'équipement sécuritaire (ou les deux).

Déterminer les facteurs qui influencent l'adoption, le rejet ou l'indifférence face aux comportements visés.

Exemples:

- Les ressources matérielles et humaines nécessaires pour l'élimination à la source d'un risque.
- Le contexte organisationnel qui soutient (ou ne soutient pas) une intervention (relations de travail, priorités des employeurs, degré d'organisation du milieu de travail en regard de la santé et de la sécurité du travail).

Choisir les stratégies qui s'adressent aux divers facteurs et aux niveaux qui interviennent dans la problématique.

Exemples:

- Développer un programme d'information et de formation pour éduquer sur les risques à la santé et à la sécurité du travail, sensibiliser et influencer sur les solutions, dans une entreprise.
- Développer une stratégie de communication pour sensibiliser et persuader l'ensemble des entreprises d'un même secteur, la communauté, au sujet des problèmes industriels qui affectent la santé et des ressources et services existants.
- Susciter le regroupement de travailleurs d'un même secteur afin de les mobiliser à passer à l'action.

Voici une des réalisations inspirée de cette stratégie.

Intervention sur le territoire du DSC Sacré-coeur

Au DSC Sacré-Coeur, un projet-pilote a été mis sur pied auprès d'un petit nombre d'établissements, dans le but de tester une démarche visant à favoriser la prise en charge des milieux de travail. Outre des activités d'information et de formation plus spécifiques aux besoins du milieu, les intervenants avaient parfois à susciter ou sup-

porter le milieu dans des stratégies de développement organisationnel dont la nomination de responsable(s) pour certaines tâches spécifiques et le développement de politiques sur le port et l'entretien des équipements de protection, la formation à l'embauche, etc.

Une des entreprises regroupe une centaine de travailleurs exposés à de multiples risques dont le bruit, les gaz et fumées de soudage et les dangers de diverses natures. La fabrication de larges structures métalliques constitue sa principale activité. Le CSS était, à l'époque, plus ou moins fonctionnel bien que le représentant fut lui-même plutôt actif. La cohésion au sein des travailleurs et leur forte tendance à la revendication rendaient la direction très méfiante face à toute intervention. Le résultat des entrevues subjectives fut donc un atout important pour convaincre l'employeur d'accorder de l'importance à la santé et à la sécurité du travail. Des arguments d'ordre économique furent également importants et amenèrent l'employeur à accepter la discussion d'un plan d'action par le CSS. En parallèle, l'équipe eut recours à une ASP pour compléter la formation du CSS.*

*Une fois le support organisationnel en place, le principal apport de l'équipe fut le support à l'information et à la formation. À la demande de la direction et des travailleurs, on a prévu une formation pour les contremaîtres afin de les amener à s'impliquer. Des rencontres avec le CSS et un représentant des contremaîtres ont d'abord permis de cerner leurs besoins de formation. Lors d'une première rencontre, l'employeur discuta d'abord de l'impact économique de la santé et sécurité du travail sur l'entreprise et de l'importance de la participation du contremaître étant donné son rôle pivot au sein de l'entreprise. Un film (**Le contremaître et la prévention des accidents****) servit ensuite d'élément déclencheur à une discussion sur divers thèmes dont*

- *l'importance de la santé et de la sécurité du travail par rapport à la productivité,*
- *les responsabilités partagées,*
- *les responsabilités, rôles, fonctions du contremaître.*

En outre, la discussion a permis de clarifier les préoccupations des contremaîtres en regard de leur participation et de déterminer des solutions possibles («rush» de production, pouvoir perçu...). L'activité s'inscrivait à l'intérieur d'une démarche plus globale incluant:

- *le développement de politiques par l'entreprise,*
- *la planification d'activités d'information et de formation, pour les travailleurs et contremaîtres, sur les risques auxquels ils sont exposés (par exemple, les accidents aux yeux chez les meuleurs) et les solutions possibles. Les sessions sont planifiées par groupes de métiers de façon à rendre l'information la plus spécifique possible.*

Dans une autre entreprise, après une consultation auprès des travailleurs sur les risques perçus comme prioritaires et sur les solutions possibles, le CSS et l'équipe se sont mis d'accord sur un plan d'action.

Le problème des maux de dos chez les soudeurs fut rapidement résolu par l'implantation d'une suggestion des travailleurs soit l'ajustement de la hauteur de leur table de travail.

L'exposition aux gaz et fumées de soudage fut largement diminuée par l'installation d'un système de ventilation locale. Une session d'information-formation fut organisée par le représentant des travailleurs et le contremaître sur l'usage et l'entretien du système. L'équipe termina la session en discutant avec les travailleurs des risques à la santé associés à l'exposition aux gaz et fumées de soudage. Le témoignage d'un travailleur atteint de problèmes respiratoires favorisa la participation et permit aux travailleurs de comprendre davantage l'impact d'une atteinte à la santé.

Les travailleurs étant déjà bien informés sur les risques à la santé associés à une exposition au bruit, la session d'information traita davantage des solutions possibles dont le port et l'entretien adéquats des protecteurs et les démarches entreprises par le CSS et l'employeur concernant l'élimination à la source. À l'aide d'un questionnaire conçu par l'infirmière, le représentant des travailleurs et le contremaître avaient, au préalable, déterminé la proportion d'individus portant adéquatement leurs protecteurs ainsi que l'entretien fait de ceux-ci, et les motifs du non-port. Cette intervention permit d'orienter les messages véhiculés par l'infirmière lors de la session. Le représentant et le contremaître ont pu ensuite assurer le suivi.

Bien qu'il soit actuellement trop tôt pour évaluer l'impact total des interventions, des modifications de l'environnement, de l'organisation et du comportement des individus (port de protecteur, hygiène...) ont déjà eu lieu. De plus, la mise en place de mécanismes de participation et des structures organisationnelles nécessaires favorisera des changements plus permanents. En outre, les milieux et les intervenants ont fortement apprécié le caractère dynamique et participatif des interventions.

Organisation communautaire

Cette approche se caractérise par l'importance centrale accordée au milieu de travail et à ses acteurs: les travailleurs et les employeurs. En effet, les intervenants tiennent pour acquis que les acteurs peuvent développer leur intérêt, leurs connaissances et leurs habiletés pour s'occuper de leurs problèmes de santé et de sécurité du travail.

Elle appuie le pouvoir des personnes, des groupes et des collectivités de répondre elles-mêmes à leurs besoins et de solutionner leurs difficultés[12]. Elle mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes, des communautés et des ressources qui en sont issues afin de prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé. Elle cherche à procurer du pouvoir, des moyens et du support pour que se réalise ce potentiel[13]. D'où l'utilisation, entre autres, d'une approche éducative qui met l'emphase sur la démarche des acteurs du milieu de travail vers une prise en charge collective de leur situation quant à la santé et sécurité du travail. Le rôle des intervenants consiste à soutenir cette prise en charge par divers gestes posés dans le milieu de travail.

La prise en charge est «un processus dans lequel des travailleurs et l'employeur, en tant que sujets connaissants, et non en tant que bénéficiaires, approfondissent leur connaissance de la réalité dans leur milieu et leur capacité de transformer cette réalité et ensuite passent à l'action»[14].

---

* *Des entrevues subjectives ont été faites auprès des travailleurs dans le but d'obtenir leur opinion quant aux risques prioritaires et les solutions perçues.*

** Produit par la CSST

Bien que la pratique et la philosophie de l'organisation communautaire aient été définies de diverses façons (en termes d'approche, d'organisation, d'intervention, d'action, de développement communautaire), retenons ici des éléments-clés pour la santé et la sécurité du travail.

- Une bonne connaissance du milieu de travail et de ses acteurs est essentielle: le climat de travail, l'organisation du travail, les formes de regroupement, les préoccupations, les contraintes économiques, etc.
- S'assurer de l'existence de mécanismes de représentation afin de permettre aux travailleurs et aux employeurs de s'attaquer aux problèmes et les soutenir dans leur action.
- Planifier une intervention éducative qui s'adresse non seulement aux effets des milieux de travail sur la santé mais aussi aux causes (sources des risques, loi, attitudes des employeurs, facteurs économiques, etc.) des problèmes de santé que peuvent générer les milieux de travail.

Intervention auprès des agriculteurs

Dans une communauté rurale près de Québec, les intervenants du CLSC Arthur-Caux ont relevé l'importance des problèmes de santé et de sécurité chez les agriculteurs. Ils ont d'abord contacté les syndicats locaux, puis ont formé un groupe de travail composé d'agriculteurs délégués des quatre syndicats de la base, d'un vétérinaire, d'un agronome et de deux intervenants de l'équipe de santé au travail. Ce groupe constitue le Comité régional de prévention en agriculture. Ce dernier a d'abord dressé une liste des problèmes. Un partage de connaissances s'est fait entre les agriculteurs et les intervenants. Le comité a ensuite réalisé un travail de sensibilisation sur la prévention à la ferme, entre autres par une chronique régulière dans l'hebdo régional et par des présentations d'agriculteurs crédibles (leaders) lors de regroupements d'agriculteurs comme les expositions agricoles.

Un «concours de la ferme sécuritaire» est également organisé avec une remise de prix lors d'une soirée récréative à l'automne. Les critères utilisés à cette fin évaluent la surveillance des produits toxiques, des équipements, de l'hygiène et de la sécurité incluant celle des enfants. On implique les femmes des agriculteurs pour visiter et évaluer les fermes participantes. Le comité participe aussi aux expositions agricoles: stand et activités, par exemple un sondage sur la prévention à la ferme.

Parallèlement à ces activités, un projet gouvernemental de formation-information en sécurité agricole a vu le jour et dessert trois territoires de CLSC dont Arthur-Caux. En plus d'un agent de recherche et d'un organisateur communautaire, deux agriculteurs y participent. Après consultation avec les syndicats sur les contenus et les stratégies, les intervenants ont préparé un diaporama illustrant les situations dangereuses et un atelier de formation. Cet atelier regroupe 10 à 12 agriculteurs et se donne dans un garage de ferme. On utilise le diaporama comme élément déclencheur des discussions et des démonstrations pratiques d'entretien sécuritaires par des agriculteurs «modèles». Les agriculteurs apprennent en se racontant leurs expériences et développent progressivement leur motivation à la prévention. On utilise aussi d'autres outils comme les affiches et les guidez dont le premier porte sur l'utilisation du tracteur, source de plusieurs accidents importants. Les intervenants sont partis du fait que les agriculteurs possèdent déjà beaucoup de connaissances sur la situation d'où l'utilisation d'activités très concrètes plutôt que des sessions formelles d'information.

Andragogie

Une perspective andragogique (éducation des adultes) amène à considérer les individus comme les acteurs du changement. Ils participent aux apprentissages parce qu'ils sont les premiers déterminants de son contenu et qu'ils sont des agents actifs.

L'accent est mis sur la participation des individus au processus pédagogique, qu'ils se retrouvent dans un rapport individuel avec l'intervenant (entrevue subjective) ou dans une situation de groupe (session d'information). L'engagement des participants dans un processus de développement de nouvelles attitudes et des connaissances est au coeur des préoccupations de l'éducateur.

L'intervention: animation et diaporama

Quelques équipes de CLSC (Arthur-Caux, Ste-Croix, Rivière-des-Prairies, par exemple) et de modules de service de DSC (Maisonneuve-Rosemont) ont mis en place une véritable dynamique d'animation dans des entreprises en utilisant un montage de diapositives comme médium. Nous décrivons ici l'expérience d'un des modules du DSC Maisonneuve-Rosemont dans une entreprise de son secteur (Anjou-St-Léonard). *

Le projet éducatif a pris place dans un établissement spécialisé dans la fabrication de tuyaux d'aqueduc en acier recouverts de ciment. L'entreprise regroupe une cinquantaine de travailleurs syndiqués, dont une trentaine de soudeurs. Il s'agit d'un établissement dynamique, avec un CSS et un programme de prévention assez opérationnel. L'intervention de l'équipe de santé y a toujours été très appréciée. Le principal risque identifié? Les fumées de soudage.

À l'été 1986, l'équipe de santé décide de soumettre un projet éducatif portant sur les fumées de soudage, élaboré principalement par le technicien en hygiène. Il souhaiterait ainsi accorder de l'importance au processus qui permettrait non seulement d'informer le milieu de travail sur le degré d'exposition aux fumées et les effets sur la santé, mais aussi de systématiser ses connaissances des facteurs contributifs à l'exposition en vue de l'identification des moyens de prévention possibles.

Lui et son équipe optent pour une démarche très participative, en validant à chaque étape et le contenu et la pédagogie auprès de chaque instance concernée dans l'entreprise, et en s'assurant de la contribution particulière d'un des soudeurs pour la cueillette d'information (échantillonnages, photos) et l'organisation de sessions de formation.

La session de formation est d'abord expérimentée auprès du CSS. Elle est coanimée par le soudeur-représentant et le technicien en hygiène.

Un diaporama, divisé en séquences de travail autour d'une série de diapositives, illustre les différents postes de soudage dans l'entreprise.

---

* *Description tirée des notes sur un projet éducatif concernant les fumées de soudage, Rafat Massad, DSC Maisonneuve-Rosemont — secteur Anjou — St-Léonard, octobre 1986).*

Les participants doivent déterminer, à partir des diapositives représentant leurs propres postes, les conditions favorables et défavorables quant à leur exposition aux fumées de soudage. À l'aide d'affiches, on dresse un portrait des conditions telles que perçues par chacun. Ensuite on procède à un classement des conditions en facteurs modifiables ou non modifiables. Enfin, on suggère des actions à entreprendre par rapport aux facteurs modifiables (système d'aspiration, position du travailleur, position des pièces). Les animateurs s'engagent à soumettre toutes les suggestions au CSS et à assurer ainsi un suivi.

Cette démarche éducative a été très appréciée et efficace. Les participants au processus et aux sessions se sont dit intéressés et se sont senti valorisés. Le CSS s'est montré très motivé à mettre des changements de l'avant.

Ce qu'il faut en retenir, c'est que l'intégration de l'aspect «participation» aux activités d'information prévues au PSS a permis une démarche dynamique à l'intérieur de laquelle de véritables efforts de soutien à une prise en charge éclairée ont été tentés. Le milieu de travail était bien sûr assez réceptif au départ, mais le travail persévérant de l'équipe a été essentiel à chaque étape.

Communication et marketing

Il est souvent difficile de dissocier ces deux notions, puisqu'elles sont souvent complémentaires.

La communication englobe un ensemble de moyens (brochures, affiches, audio-visuels, médias électroniques et écrits, causeries, conférences de presse). Ces moyens peuvent s'adresser à un individu, un groupe, ou à une masse indifférenciée d'individus.

Les moyens de communication servent à renseigner, sensibiliser ou encore créer un besoin chez la population-cible. Dans ce dernier cas, la communication devient persuasive. C'est alors que l'accent est mis sur la technologie et l'emballage du message, tenant compte à la fois des caractéristiques de l'émetteur (crédibilité, attrait, pouvoir et accessibilité) et des caractéristiques du récepteur (statut socio-économique, facilité de compréhension, seuil de réceptivité).

L'expérience démontre que cette approche est efficace et pertinente pour la diffusion massive de messages uniformisés, pour éveiller une population quand celle-ci est en train d'évaluer des options, pour encourager l'essai de nouveaux comportements, pour augmenter la perception du besoin d'adopter des nouveaux comportements.

Les outils de communication doivent s'incrire dans une stratégie planifiée.

Brièvement, le schéma de la communication dans une entreprise pourrait se dessiner de la façon suivante:

QUI?: évaluation des caractéristiques à privilégier chez l'émetteur (crédibilité, attrait, pouvoir, accessibilité).

DIT QUOI?: production de l'information (banque de contenu, scénarios et messages).

À QUI? AVEC QUEL EFFET? DANS QUELLES CIRCONSTANCES?: précision de la population-cible, choix des messages pour renseigner, sensibiliser ou créer un besoin, choix des canaux, choix des outils selon les unités de temps permises.

Le marketing social est une variante du marketing des produits et services. Ainsi, on applique aux problèmes de changement social les principes d'analyse, de planification et de contrôle propres au marketing[15]. Le marketing social peut être un moyen efficace d'appuyer les diverses initiatives du domaine de la santé mais a un impact limité sur la modification de comportement[16].

Le marketing social comme stratégie utilise souvent les outils de la communication mais dans le but très précis de vendre une idée, un concept, un programme ou un comportement à une population-cible.

La première étape d'un stratégie de marketing consiste en une analyse détaillée du marché qui permet de le segmenter et de planifier des stratégies spécifiques. Ainsi, en santé au travail, le type de production des établissements, leur marge de manoeuvre financière, l'organisation interne de santé-sécurité, la distribution du pouvoir au sein des établissements, le statut actuel des employés en termes de santé, les réseaux de communication externes des entreprises (adhésion à certains organismes ou associations locales, abonnement à des journaux ou publications...) sont autant d'éléments à considérer[17].

À la suite de l'analyse détaillée, on passe à la planification du produit, de la place, du prix et de la promotion (c'est-à-dire la règle des quatre P).

L'identification de la «place» consiste à déterminer le réseau de distribution. Ainsi, en santé au travail, il peut s'agir du preneur de décision dans une organisation ou encore de personnes-clés ou d'organismes-clés tels que les syndicats...

La détermination du «produit» et du «prix» requiert une bonne connaissance des besoins de la population-cible et des programmes déjà disponibles. L'objectif à cette étape est de bien cerner la nature des services offerts (le «produit»: interventions, services, conseils...) et de formuler des arguments de vente (le «prix»: avantages et inconvénients des différents produits). Ainsi, une équipe de santé au travail qui cherche à faire implanter un programme visant la réduction des maux de dos devra être en mesure de spécifier la nature des services (dépistage, formation des travailleurs, analyse des postes de travail...) et d'en faire valoir les avantages et les inconvénients (réputation et expérience de l'organisation offrant le programme, rentabilité des interventions, coûts directs ou indirects).

Les stratégies de «promotion» utilisent l'approche et le contact, les moyens de communication. La publicité par les médias (télévision, radio, journaux, affiches...), les activités et le matériel promotionnels spéciaux, les documentaires vidéos, les relations publiques, le lancement officiel ou la conférence de presse ne sont que quelques moyens possibles. Il est important de retenir que, pour que la promotion soit une réussite, elle doit être suffisamment originale pour attirer l'attention du groupe qu'elle vise. De plus, l'activité promotionnelle doit être adaptée aux besoins et aux attitudes du groupe concerné.

L'intervention: campagnes de prévention thématiques

Afin de desservir en priorité les travailleurs et travailleuses non syndiqués plus démunis du centre-ville de Montréal, l'équipe du CLSC a développé divers outils

de communication ainsi que des services d'aide. Elle a souvent procédé par thème (le stress, les écrans cathodiques, les tours à bureaux...) en utilisant de multiples médiums (panneaux dans le métro, mass-médias, affiches en milieu de travail, dépliants, bulletins de nouvelles, dossiers d'information). Les dossiers d'information sont vulgarisés et contiennent des outils d'action tirés de l'expérience terrain. En réalité, il s'agit de dossiers du genre «faites-le vous-même» que le travailleur ou la travailleuse peut utiliser pour se sensibiliser, comprendre les risques, la façon de les identifier et trouver des solutions avec les ressources existantes.

En outre, l'équipe a organisé des rencontres en invitant les leaders des milieux de travail et les travailleurs et travailleuses du centre-ville à des assemblées publiques d'information. S'inspirant de stratégies d'organisation communautaire, elle a également suscité des rencontres entre les personnes aux prises avec des problèmes similaires (des non-syndiqués) afin de leur permettre d'échanger des points de vue sur les actions possibles.

De multiples cibles, de multiples stratégies

Une approche éducative enrichie en santé au travail nécessite parfois le recours à divers stratégies ou domaines d'intervention: afin de gérer tous les efforts d'intervention et de communication à investir dans une entreprise ou auprès d'une population-cible,(étude de marché, place, produit, prix, promotion), à l'aide du marketing social; afin de connaître les forces humaines en présence et de les mobiliser sur des enjeux de la santé et sécurité du travail, à l'aide de l'organisation communautaire; afin de faire un portrait des comportements et des niveaux d'influence en jeu dans les problématiques de santé et sécurité du travail, à l'aide de l'éducation pour la santé; afin d'utiliser les méthodes d'éducation et de travail en petits groupes de façon dynamique et efficace, à l'aide de l'andragogie; afin de choisir les outils d'information pertinents, à l'aide de la communication.

Pour la plupart des intervenants, l'intervention éducative doit s'exercer dans une usine à la fois. Il apparaît cependant important de mentionner que l'intervention éducative planifiée peut rayonner auprès d'un groupe d'usines d'un même secteur, auprès d'entreprises d'une même région — l'intervention du CLSC Centre-ville en est un exemple — ou même au niveau provincial. Elle peut également impliquer un élargissement des cibles et du nombre de partenaires et davantage inclure toutes les instances concernées par la problématique (ASP, syndicats, organismes populaires, fabricants, regroupements d'employeurs...).

Enfin, l'intervention éducative qui intègre les stratégies décrites précédemment aura souvent avantage à être complétée par d'autres stratégies de promotion de la santé pour des facteurs reliés aux problèmes de santé et sécurité du travail qui dépassent les possibilités de changement qu'offre la seule intervention locale (modifications législatives ou réglementaires, médias, soutien ou développement de mesures technologiques, etc.).*

*La réduction du bruit dans les scieries de Rouyn-Noranda[18]***

Dans la région de Rouyn-Noranda, les scieries constituent un secteur d'activité fort important. À la fin de 1984, le DSC constatait que, dans les scieries, le bruit dominait tous les autres agents agresseurs, à la fois par le niveau d'exposition et le nombre de travailleurs touchés.

Après avoir identifié les machines et les opérations les plus bruyantes et relevé les efforts déjà consentis par quelques scieries, le DSC concluait qu'il était techniquement assez simple et relativement peu onéreux de réduire le bruit sur deux des machines les plus bruyantes: la raboteuse et la déchiqueteuse.

L'équipe a alors entrepris un travail de concertation avec les chefs d'équipe du bureau régional afin de discuter de critères d'acceptation des mises à jour des programmes prioritaires et ce, en tenant compte de certaines priorités régionales pour chaque secteur industriel. En outre, on s'entendait pour que, lors des prochaines mises à jour des programmes prioritaires, il y ait des propositions concrètes concernant la réduction du bruit, notamment là où les raboteuses et déchiqueteuses n'étaient pas encoffrées.

Les résultats obtenus

Alors qu'en 1984 38 % des raboteuses et 10 % des déchiqueteuses étaient encoffrées, en 1986, on en comptait respectivement 81 % et 60 % (encoffrées ou sur le point de l'être). La diminution moyenne de la pression sonore à proximité de ces machines était d'environ 10 dBA. Depuis ce temps, l'équipe a entrepris un travail similaire dans d'autres secteurs d'activité, par exemple:

- *réduction du bruit sur les foreuses à diamant,*
- *réduction du bruit sur les foreuses pneumatiques en secteur minier.*

Plutôt que de se limiter à la CSST, l'équipe tente d'élargir la concertation à différents partenaires, personnes-ressources, intervenants ou organismes. Selon la nature du projet, il pourra s'agir:

- *des associations patronales,*
- *des manufacturiers,*
- *des associations sectorielles,*
- *des chercheurs universitaires,*
- *de l'IRSST,*
- *des industries les plus prog ressistes du secteur,*
- *etc.*

Outre la concertation intersectorielle, l'approche s'appuie sur deux types de stratégies principales:

- *La formation de représentants du milieu (mécaniciens, contremaîtres...) sur les techniques de base de réduction du bruit. Cette stratégie a pour but de favoriser la participation active des employeurs et travailleurs dans la recherche de solutions propres à leur milieu.*

* *Un exemple fictif d'un programme provincial figure en annexe.*

** *Inspiré du texte de D. Gagné. «Objectif santé et réduction à la source».*

- *Le renforcement des actions entreprises par la publication des résultats. De fait, afin de publiciser les réalisations des entreprises et encourager celles-ci à poursuivre leurs efforts, on utilise divers moyens, dont un colloque sur la réduction du bruit qui a eu lieu en 1986 en Abitibi-Témiscamingue et la diffusion du bottin régional des réalisations en santé et sécurité du travail.*

Au dire de l'équipe, la démarche est fort simple une fois l'objectif initial fixé et le choix des moyens déterminé. Encore une fois, le principal intérêt de cette démarche repose sur la planification d'une action concertée avec les intervenants externes au réseau de la santé et des services sociaux et sur la participation active des milieux dans la recherche de solutions.

Une intervention souple et adaptée

Dans l'ensemble, l'intervention éducative en santé au travail nécessite une approche souple, adaptée au milieu et qui tient compte de la dynamique interne. Cette intervention est soutenue par des intervenants professionnels provenant de diverses disciplines, oeuvrant au sein d'une équipe et d'un établissement (CLSC, DSC). Elle évolue dans un milieu de travail donné, dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Elle ne se réalisera pas sans poser des difficultés et impliquer des contraintes dont les intervenants des équipes devront tenir compte dans leur tâche quotidienne.

Des contraintes liées à la Loi

Le mandat d'information confié aux équipes de santé et sécurité du travail est restrictif en soi. Leur rôle devrait se limiter à informer les milieux de travail sur les risques auxquels les travailleurs sont exposés et sur les moyens préventifs qui s'imposent.

D'autres mandats confiés à divers partenaires sont prévus afin de favoriser la prise en charge. On pense à la recherche de solutions technologiques et normatives pour l'élimination des risques à la source et à la formation des travailleurs. Ce sont d'importantes responsabilités de l'employeur comprises dans le programme de prévention.

En réalité, il est parfois difficile pour les intervenants de s'en tenir au seul rôle de sensibilisation, de ne pas apporter un soutien pour l'identification de sources de risques et de correctifs techniques et pour la réalisation de sessions de formation avec le CSS ou les travailleurs.

Deux éléments nous apparaissent pertinents lorsqu'il s'agit de justifier un élargissement du rôle et des actions des équipes. D'une part, elles jouissent d'une assez bonne crédibilité dans les milieux de travail et peuvent représenter des facilitateurs pour la concertation entre les divers partenaires. D'autre part, la rareté des ressources (associations sectorielles paritaires, ingénieurs...) amène souvent les membres de l'équipe à apporter un soutien technique ponctuel grandement apprécié par les milieux de travail.

Des contraintes liées au fonctionnement des équipes

Une lourde charge de travail et un grand engagement des équipes de santé exigent parfois un réaménagement de l'organisation de l'ensemble des services dispensés en milieu de travail. La dispensation des services s'effectue généralement de façon uniforme dans les établissements, sans que l'on tienne suffisamment compte du degré de réceptivité et de l'ampleur des problèmes.

Afin de maximiser l'impact, une analyse de la situation de l'ensemble des établissements devrait permettre d'établir des priorités, selon des critères précis (degré de réceptivité, nombre de travailleurs exposés, marge de manoeuvre de l'entreprise). Par la suite, des interventions spécifiques devront être élaborées en fonction des divers types d'établissements, les unes ayant possiblement un effet d'entraînement sur les autres.

De plus, l'ensemble des activités prévues au PSS (surveillance médicale et environnementale, information) et au programme de prévention sont rarement planifiées de façon qu'elles forment un tout. Elles sont cependant étroitement liées. Les aspects de la communication et de l'information comme tels sont au coeur de chaque activité et font partie d'un processus continu, présent dès l'entrée à l'usine jusqu'à la fin de l'intervention. Une plus grande intégration et une meilleure coordination de la planification des diverses activités paraissent donc souhaitables.

Des contraintes liées aux milieux de travail

Le succès de la prise en charge repose en grande partie sur la participation active du milieu. On ne peut cependant penser obtenir le même degré de participation dans tous les établissements, car elle dépend grandement de la volonté des directions.

Jusqu'à maintenant, beaucoup d'interventions ont été faites auprès des travailleurs, malgré l'influence de certains facteurs politiques, économiques ou sociaux, qu'il a fallu aussi prendre en compte. Les chances d'impact pourraient être augmentées par la planification de stratégies spécifiques destinées aux preneurs de décisions.

Malgré les diverses contraintes auxquelles les intervenants doivent faire face, nous croyons qu'une intervention éducative enrichie ou améliorée en santé au travail peut être favorisée. Le recours à un ensemble d'éléments est cependant indispensable. Un raffinement du processus global de communication et d'éducation en milieu de travail et l'utilisation de multiples stratégies auprès de multiples cibles représentent certes des avenues prometteuses.

BIBLIOGRAPHIE

ALLEN, Robert et coll. «A sense of Community a Shared Vision and a Positive Culture: Core Enabling factors in Successfull Culture Based Health Promotion, *American Journal of Health Promotion*, Winter 1987, 40-47.

BULOW-HUBE, S., and D.E. Morisky, «The innovation — Decision Model and Work-place Health Promotion Programs», *Health Education Research Theory and Practice*, Vol. 2, n° 1, 1987, 15-25.

BLOOM, B.S., et al. *Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome I, Domaine cognitif*. Montréal: Éducation nouvelle, 1969.

BANDURA, A., *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, 1977.

BRIZZIARELLI, Lanberto, *Garantir la santé des travailleurs*, H.Y.G.I.E., Vol. II, 1983-1984, p. 14-15.

C.P.S.T., «Bilan des réalisations des services de santé au 31 mars 1987», rapport préliminaire — document final à venir.

DIGNAN, M.B. et CARR P.S., *Introduction to Program Planning: A Basis Text for Community Health Education*, Lea & Febiger, 1981, 156 p.

FERNANDEZ, Julio, *La boîte à outil des formateurs*, Montréal: Éditions St-Martin, 1983.

FESTINGER, L. et ARONSON, E., «Eveil de la dissonance dans des contextes sociaux», *Psychologie sociale*, Tome I, Lévy Dunod, 1965, p. 193-211.

FIELDING, J.F. and BRESLOW, L., «Health Promotion Programs Sponsored by California Employers», *American Journal of Public Health*, 73: 5, 1983, 538-42.

GREENBERG, Rachel et SAFFITZ, Garry, «Planification des programmes d'éducation en santé communautaire à l'aide du marketing social, *Éducation sanitaire*, Vol. 21, n° 1, 1982.

GREEN, L.W., KREUTER M.W., DEEDS S.G. et PARTRIDGE B., *Health Education Planning: A diagnostic Approach*, Mayfield Publishing Company, 1981, 306 p.

JANIS, I. et FESHBACH S., «Effects of Fear-Arousing Communications», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1953, 48: 78-92.

KELMAN, H. et HOVLAND, C., «Reinstatement of the Communication in Delayed Measurement of Opinion Change», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1953, 48: 327-335.

LEVENTHAL, Howard, Martin, A, Safer, Daphe M. Panagio, *The Impact of Communication of communications on the Self-Regulation of health Beliefs, Decisions and Behavior*, Health Education Quaterly, Vol. 10(10), 1983, p. 3-29.

LAZAR, Frank, Thomas, «Health Education Consultation: Theoritical Approaches of interventions in Industrial Setting», *H.Y.G.I.E.*, 1983, vol. 2-4: 39-43.

MARTIN, Catherine, *L'éducation sanitaire en santé au travail*, Document produit par le DSC Maisonneuve-Rosemont, 1985.

MILZ, Helmut, «Approaches to holistic Health Promotion in the Workplace», *Health Promotion*, 1986, vol. 1, n° 3: 373-384.

NUTBEAM, Don, «Health Promotion glossary», in *Health Promotion*, Vol. 1, n° 1, 1986.

PARKINSON, S. Rebecca et coll. *Managing Health Promotion in the Workplace: Guidelines for implementation and evaluation*, Mayfield Publishing Company, 1982, 199 p.

SCHENCK, A.P., Thomas R.P., et coll. «A Labor and Industry Focus on Education: Using Baseline Survey Data in Program Design», *Health Education Research: Theory and Practice*, 1987, Vol. 2, n° 1, 33-34.

SCHRAW, W., *Mass Communications*, Ed. Sage, Beverly Hills, 1969.

The role of Intersectorial Cooperation in National Strategies for Health for All», *Health Promotion*, 1986, vol. 1, n° 2: 239-251.

«Health Promotion in action: Practical Ideas on program implementation», *Health Promotion*, Vol. 1, n° 2: 187-190.

REMERCIEMENTS

Le contenu de ce cahier n'engage que les auteurs. Cependant plusieurs personnes ont été consultées à différents moments de son élaboration. Nous tenons à les remercier de leurs précieux commentaires.

Michel Pelletier, ex-directeur de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux (qui a permis à ce projet de voir le jour)

Paul Bouchard, agent de recherche en santé au travail, DSC de l'Enfant-Jésus

Maurice Campagnat, organisateur communautaire en santé au travail, CLSC S.O.C.

Julio Fernandez, professeur à l'éducation permanente, Université de Montréal

Brigitte Laflamme, infirmière en santé au travail, CLSC de Bellechasse

Louise Lainey, infirmière en santé au travail, CLSC Norman-Béthune

Mireille Lemasson, conseillère en programmation, Fédération des CLSC

Rafat Massad, conseiller aux établissements, ASP du métal-électrique

Serge Marquis, coordonnateur en santé au travail, DSC Maisonneuve-Rosemont

Miche! Pérusse, professeur en relations industrielles, Université Laval

Denis St-Amant, Service de prévention et de protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Gérard Talbot, organisateur communautaire en santé au travail, CLSC Centre-Ville

Nous tenons aussi à remercier chaleureusement:

- les membres du comité formation-information du comité provincial de santé au travail du réseau des DSC;
- les membres du comité régional d'information en milieu de travail des DSC (région de Montréal — Michel Kane agissait à titre d'agent de liaison entre ce comité et l'équipe de rédaction);
- Robert Pronovost, conseiller en marketing/planification de la santé, DSC Charle Lemoyne.

Nous remercions enfin, pour l'excellent travail de secrétariat, Joanne Bergeron et Lise Toupin du ministère.

RÉFÉRENCES

1 C.P.S.T., *Rapport du forum des DSC en santé au travail: Réduction de l'incidence de la surdité professionnelle au Québec (Description — contenu — discussion — évaluation)*, Compte-rendu de l'atelier sur la démarche éducative, (publication à venir)

2 Comité régional d'information (région de Montréal), *Bilan des activités de formation-information en milieu de travail* (2e version, mars 1987, 5 pages.

3 Kaluzny, A., Schenck, A., Ricketts, T., «Cancer Prevention in the workplace: an Organisational Innovation», *Health Promotion*, Vol. 1.

4 Rogers, E.M., *Diffusion of Innovations*, New York: Free Press, 1983.

5 O.D. Ressources, Inc., *Managing organisational change: Dangers and Opportunities*, section: Building commitment to Organizational Change, 1983.

6 Leventhal, N., Safer, A. et Panajio, D.M., «The impact of Communications on the Self-Regulation of Health Beliefs Decisions and Behavior», *Health Education Quarterly*, 1983, 10: 3-29.

7 Morisky, Donald, «Principes and Guidelines to behavior modification», Course PH, non publié.

8 Hale, A.R. et Pérusse, M. (1978), *Perception of danger: a prerequisite to safe decisions*, Conférence présentée au Production Congress, Institute of Chemical Engineers, University of Birmingham, 5 avril 1978.

9 Mucchielli, Roger, *Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes*, Les Éditions ESF, (3e édition), 1979.

10 Margolis, L. and Kroes, H., *The Human Side of Accident Prevention; Psychological Concepts and Principes which Bear of Industrial Safety*, Thomas Charles C. (Eds), Springfield, Illinois, 1975.

11 Manning, D.T. «Suggested strategies for Occupational Health Education», *H.Y.G.I.E.*, Vol. II, 1983, 4: 44-51.

12 Perreault, Michel, «*Démêlons-nous*», texte d'allocution présenté au CLSC Longueuil-Ouest, Longueuil, décembre 1985, 22 p.

13 Bourque, Denis «*L'approche communautaire en devenir*», CLSC Seigneurie de Beauharnois, Valleyfield, janvier 1987, 71 p., p. 7.

14 Talbot, Gérard, *Les instruments pour une approche communautaire*, in Actes du Colloque, A.S.P.Q., juin 1985.

15 Kotler, Philip and Gerald Zaltman, «Social Marketing: an Approach to Planned Social Change», *Journal of Marketing*, vol. 35, 1971, juillet: 3-12.

16 Mintz, James H., «Programme National de lutte contre le tabagisme au Canada», texte de la communication présentée à la sixième conférence mondiale sur le tabagisme et la santé, au Keidanien Kaikan, à Tokio (Japon), le 10 novembre 1987.

17 Matthews, Margaret and Wayne Mitic, «Marketing Corporate Wellness Programs to small Firms: A Challenge for Health Educators», *International Quaterly of Community Health Education*, Vol. 8, n° 2, 1987-1988, 103-115.

18 Gagné, Daniel, «Objectif santé et réduction à la source», texte de la conférence présentée au Colloque des D.S.C. (Réduction de l'incidence de la surdité professionnelle) — novembre 1987.

Annexe 1:
Grille d'analyse du milieu

A — L'ORGANISATION INTERNE ET LA DYNAMIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

La situation économique

1. Depuis les cinq dernières années, quelle a été la situation économique de l'établissement? _____

2. Anticipe-t-on des problèmes économiques d'ici les prochaines années? _____

3. L'équipement est-il moderne? démodé? _____

La direction

1. Quelle attitude adopte-t-elle face à la santé-sécurité de ses employé-e-s?
   - culpabilisante _____
   - ambivalente _____
   - ouverte _____
   - responsable _____

2. Quelle est son attitude face au changement?
   - difficile d'approche _____
   - coopérative _____
   - très coopérative _____

Les travailleurs

1. Comment réagissent-ils à votre visite?
   - peur _____
   - indifférence _____
   - curiosité _____
   - intérêt (posent des questions, langage non verbal,...) _____

2. Est-ce différent lorsque l'employeur ou le contremaître est présent? _____

3. Quel semble être le degré de cohésion et de solidarité des travailleurs en général?
   - quelques-uns se tiennent entre eux _____
   - sont isolés _____
   - se tiennent entre eux _____

   autour d'enjeux de SST?
   - quelques-uns se tiennent entre eux _____
   - sont isolés _____
   - se tiennent entre eux _____

4. Existe-t-il des clans, un (des) leader(s) formel(s) ou informel(s) qui exerce(nt) un pouvoir sur le groupe (influence personnelle, ancienneté, prestige de certains métiers, etc.)? _____

5. Quels sont les personnes qui ont montré le plus d'intérêt lors de votre visite?

Le Comité de santé et de sécurité

1. S'il n'y a pas de CSS:
   - y a-t-il déjà eu un CSS?
   - Si oui, quel était le motif de dissolution?
   - l'employeur est-il ouvert à la mise sur pied du CSS?

2. Les travailleurs ont-ils élus eux-mêmes leur représentant au comité?

3. Comment les travailleurs perçoivent-ils l'efficacité de leur comité?

4. Comment la direction perçoit-elle le rôle du CSS ou du représentant? (respect du rôle-conseil, attention donnée aux demandes...)

Le syndicat

1. Si les travailleurs sont syndiqués, y a-t-il des clauses concernant la SST à l'intérieur de la dernière convention collective?

2. Si oui, ces clauses peuvent-elles représenter des contraintes ou éléments facilitateurs pour nous?

Le mode de prise de décision — Concertation entre les différents acteurs

1. Quelle sorte de leardership la direction exerce-t-elle (autoritaire ou démocratique)?

2. Comment la direction réagit-elle à l'exprit paritaire de la loi?

3. La direction est-elle ouverte aux suggestions des employé-e-s?

4. Qui est autorisé à prendre des décisions dans l'établissement sur les questions reliées à la SST? (conditions de travail, déboursés mineurs, majeurs...)? (organigramme de la compagnie)

5. Dans l'éventualité où il y a concertation, qui est impliqué?

L'organisation du travail

1. Horaire:

2. Rotation — fréquence:

3. Rémunération (à la pièce?)
   à l'heure?...)

4. Période de repos et aires de repos (présents ou non, adéquats ou non):

B — LES PROBLÈMES QUI PRÉOCCUPENT LE MILIEU

C — UN INVENTAIRE PRÉLIMINAIRE DES SOLUTIONS

D — LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA MOTIVATION

Les facteurs prédisposants ou
ceux qui influent sur la motivation
à induire un changement de comportement.

— *Les connaissances*

- Connaissent-ils leurs droits?
- Leurs obligations?
- Les risques auxquels ils sont exposés?
- Les solutions possibles?
- Les ressources disponibles?

— ***Les perceptions, les attitudes, les valeurs***

- Se perçoivent-ils comme étant à risque? _____
- Perçoivent-ils les conséquences du problème? _____
- Perçoivent-ils qu'ils peuvent prendre action pour diminuer ou éliminer leur exposition au risque? _____
- Perçoivent-ils la(les) action(s) possible(s) comme efficace(s)? _____
- Comment perçoivent-ils le rôle de l'équipe de santé? _____

  leur propre rôle? _____
- Reconnaissent-ils leurs responsabilités? _____
- Quels sont les arguments, les préjugés des travailleurs? _____
- de l'employeur? (ex.: «Ça fait parti du métier», «C'est pas possible de réduire le bruit,...» _____

— ***Les habiletés***

- les différents acteurs ont-ils eu la formation nécessaire? _____

  Savent-ils comment effectuer les différents comportements visés? (entretien et port de protecteurs, méthodes de travail, inspection des lieux...) _____

Les facteurs facilitants ou ceux qui rendent possibles les réalisations de certaines actions.

— Les ressources, les structures, la loi

- Quels sont les ressources humaines et matérielles disponibles? (budget, équipements de protection collectifs et individuels, CSS, représentant à la prévention,...)

- les équipements de protection disponibles sont-ils adéquats?

- Quels sont les politiques dans l'entreprise qui favorisent ou qui nuisent à l'adoption des comportements visés?

Les facteurs renforçants ou ceux qui encouragent ou découragent les individus à adopter et maintenir les modifications de comportement.

— Quels sont les individus ou les groupes ayant une influence sur la population-cible?

- L'employeur?
- le(s) contremaître(s)?
- Le CSS?
- Le syndicat?
- Les professionnels de la santé?
- Les confrères de travail?
- La famille, les amis?

— ***Quels sont leurs attitudes et leurs comportements en regard de la SST?***

- Encouragent-ils ou découragent-ils les comportements visés? _____

LES SITUATIONS ET LE CONTEXTE D'APPRENTISSAGE

1. Quelle sont les ressources diponibles?

— espaces-locaux _____

— matérielles (babillards, journal,...) _____

— humaines _____

2. Y a-t-il des activités d'information et de formation déjà en cours (à l'embauche, en cours d'emploi,...)? _____

3. Qui sera visé par les activités d'information ou de formation? _____

4. Combien seront-ils? _____

5. Est-ce un ou des groupes homogènes ou hétérogènes (ethnie, âge, scolarité, ancienneté,...)? _____

6. Quelles sont leurs caractéristiques socio-démographiques? _____

Inspiré de plusieurs grilles conçues et utilisées dans le réseau (CLSC Centre-Ville, DSC Sacré-Coeur et DSC Maisonneuve-Rosemont).

Annexe 2:
Grille d'entrevue subjective

Nom de l'établissement _____ Date: _____

Poste occupé: _____

Nombre d'année(s) d'expérience à ce poste: Moins d'un an ☐
1 à 5 ans ☐
6 à 10 ans ☐
plus de 10 ans ☐

Âge: 16 à 25 ans ☐
26 à 35 ans ☐
36 à 50 ans ☐
51 ans et plus ☐

Heure de travail: Jour ☐ Soir ☐ Nuit ☐

1. Dans votre travail, pensez-vous qu'il y a des risques pour votre santé ou votre sécurité? Oui ☐ Non ☐

2. Si OUI, lesquels?

a) Chaleur excessive ☐
b) Froid ☐
c) Humidité ☐
d) Changements de température ☐
e) Bruit ☐
f) Mauvais éclairage ☐
g) Vibrations ☐
h) Gaz, fumées, vapeurs, poussières industrielles ☐
i) Irritants de la peau ☐
j) Poids lourds à manipuler ☐
k) Planchers glissants ☐
l) Lieux encombrés ☐
m) Rythme de travail trop rapide ☐
n) Posture de travail inconfortable ☐
o) Espace de travail trop petit ☐
p) Coupures ☐
q) Autres: _____

3. D'après vous, quels sont les deux risques les plus importants dans votre usine?

_____

_____

4. Est-ce que ces risques vous préoccupent?

OUI ☐ Pourquoi? _____

_____

NON ☐ Pourquoi? _____

_____

5. Est-ce que vous croyez que ces risques peuvent avoir un impact en dehors du travail (famille ou vie sociale)?

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, comment? _____

_____

6. Avez-vous des moyens de protection à votre disposition?

OUI ☐ NON ☐ Je ne sais pas ☐

Si OUI, lesquels? Ventilation générale ..... ☐

Aspiration/ventilation locale ..... ☐

Masque respiratoire ..... ☐

Gants de protection ..... ☐

Lunettes de sécurité ..... ☐

Bouchons protecteurs ..... ☐

Coquilles pour les oreilles ..... ☐

Autres: _____

_____

7. Utilisez-vous des moyens ou des méthodes de travail pour protéger votre santé ou pour la sécurité?

Si OUI, lesquels? _____

_____

8. Pensez-vous que, dans votre usine, il est possible de diminuer ou éliminer l'exposition des travailleurs à ces risques?

Si OUI, avez-vous des suggestions? _____

_____

_____

Si NON, pourquoi? (contraintes, obstacles, etc.) _____

_____

_____

9. Selon vous, qui devrait s'occuper de ce(s) problème(s)?

- le gouvernement? ☐
- l'employeur? ☐
- le CSS? ☐
- les employés? ☐
- l'employeur et le gouvernement? ☐
- l'employeur et le CSS? ☐
- l'employeur, le CSS et les employés? ☐
- l'employeur et les employés? ☐
- je ne sais pas ☐
- autres: _____

10. Selon vous, les employés pourraient-ils faire quelque chose pour motiver les responsables à agir (parler au CSS, à l'employeur, se plaindre, faire pression, etc.)?

OUI ☐ QUOI? _____

_____

NON ☐ POURQUOI? _____

_____

JE NE SAIS PAS ☐

Annexe 3: Fiche d'évaluation de l'intervention dans l'entreprise

A. ÉVALUATION DE LA CONCEPTION

1. Est-ce que toutes les dimensions du problème ont été touchées?
2. Est-ce que l'analyse du milieu nous a appris quelque chose sur le milieu et les besoins spécifiques de celui-ci?
3. Est-ce qu'on a tenu compte des connaissances acquises lors de l'analyse du milieu — l'identification des besoins?
4. Est-ce qu'on a tenu compte de toutes les stratégies possibles?
5. Nos objectifs étaient-ils précis, réalistes et approuvés par tous — toutes?
6. Les ressources du milieu impliquées étaient-elles le meilleur choix possible?
7. Les tâches ont-elles été réparties selon les habiletés de chacun?
8. Des représentants du milieu ont-ils été impliqués dans la planification et la mise en application des activités éducatives?
9. L'échéancier était-il réaliste et adapté aux acteurs concernés?
10. Les ressources humaines étaient-elles suffisantes?
11. Les ressources matérielles pour les activités éducatives étaient-elles suffisantes et appropriées?

B. ÉVALUATION DE LA MISE EN APPLICATION

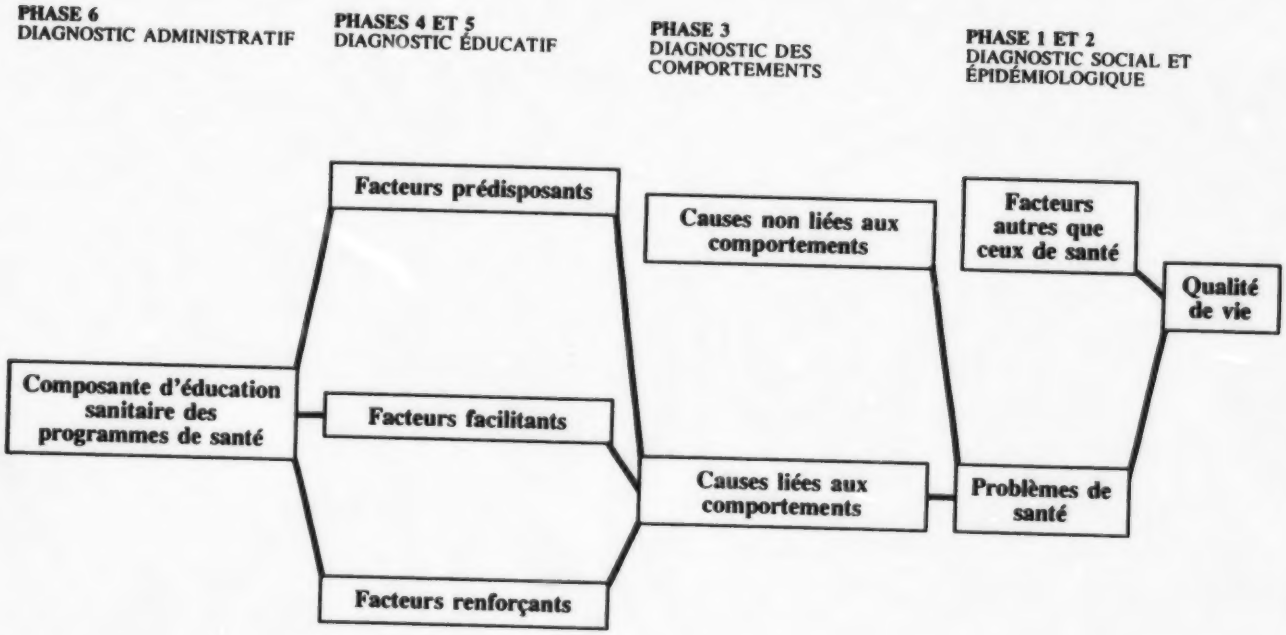
12. Les activités ont-elles été appréciées des participants?
    Quels étaient les points forts? Les points faibles?
13. Est-ce que les différentes activités planifiées ont eu lieu? Si non, pourquoi?

C. ÉVALUATION DE L'IMPACT

14. Nos objectifs ont-ils été atteints? (modification des connaissances, attitudes, habiletés, comportements...)
15. Les gens sont-ils plus conscients des problèmes et des solutions possibles? Tentent-ils de mettre en oeuvre ces solutions?

Annexe 4: Modèle de planification en éducation pour la santé

LE MODÈLE PRECEDE: Un outil diagnostique



SOURCE: GREEN L W et Al.
Health Education Planning: A diagnostic approach
Mayfield Publishing Company, 1981
Figure I.1. p. 14-15
Traduit par Geneviève Tremblay

DÉFINITIONS

Facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement

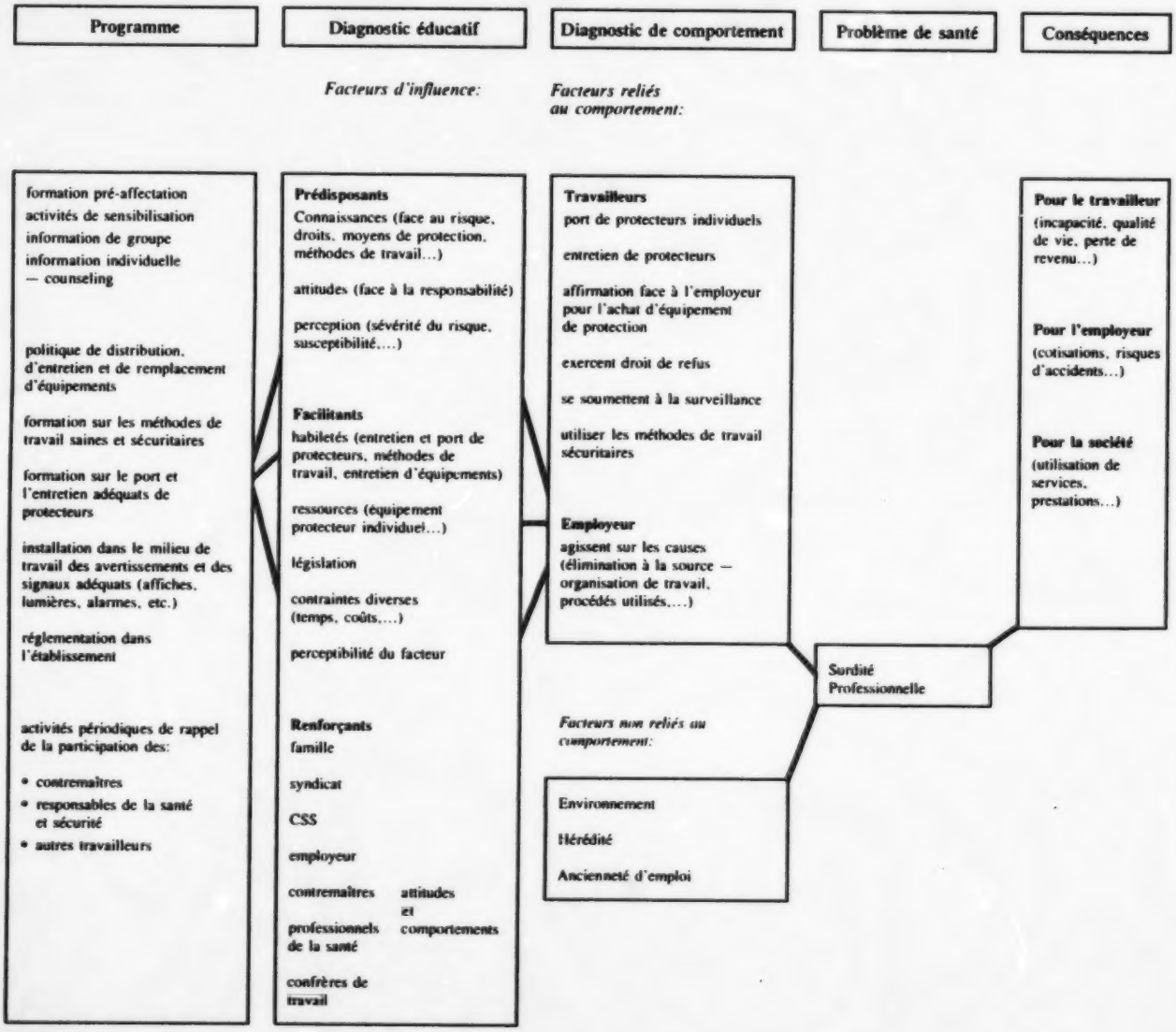
***Les facteurs prédisposants** sont des éléments qui surviennent avant le comportement ou l'action d'un individu ou d'une communauté; ils constituent la raison d'être ou la motivation pour l'action; ce sont les connaissances, les attitudes, les perceptions et les valeurs.*

***Les facteurs facilitants** précèdent eux aussi l'action et viennent améliorer la volonté, la motivation de passer à l'action. Ce sont les habilités et les ressources individuelles et communautaires nécessaires pour passer à l'action: les habiletés personnelles entrent dans cette catégorie, comme les questions de ressources, de coût, de distance, de transport.*

***Les facteurs de renforcement** surviennent après l'action mais ils fournissent cette stimulation positive continuelle, soit positive ou négative, qui contribue soit à la persistance ou à l'extinction du comportement. Le renforcement provient de l'entourage dont les connaissances, attitudes et valeurs sont des éléments-clés.*

Tiré de GREEN et al., traduction de Geneviève Tremblay.

MODÈLE DE PLANIFICATION D'INTERVENTION ÉDUCATIVE EN MILIEU DE TRAVAIL



GREEN, L.W. et al,
Adaptation par Marguerite Paiement
DSC Sacré-Coeur
Révisé 1987

Annexe 5
Exemple fictif des éléments d'un projet provincial visant la réduction de la surdité et du bruit industriel

A - EXEMPLES DE STRATÉGIES D'INTERVENTION ET D'ACTIVITÉS SELON LES DÉTERMINANTS DE LA SURDITÉ INDUSTRIELLE

B - OBJECTIFS DE PROMOTION EN REGARD DU BRUIT INDUSTRIEL

A - Exemples de déterminants de la surdité industrielle

FACTEURS DE RISQUE	NIVEAU D'INTERVENTION	STRATÉGIE D'INTERVENTION (éléments de changement visés)	EXEMPLES D'ACTIVITÉS par groupe - cible
Causes économiques			
— Profit	• Local		
— Concurrence	• Local		
— Coûts de la santé et de la sécurité (par secteur)	• Provincial	- Modification du système de cotisation, des déductions fiscales	• Lobbying auprès des décideurs
— Coûts (pour l'entreprise): • des cotisations • du contrôle à la source ou autres solutions (contrôle administratif ...) • des activités de prévention	• Local	- Information-formation en milieu de travail axée sur des stratégies d'éducation sanitaire et de marketing (connaissance des ressources financières disponibles et des solutions peu onéreuses)	• Diffusion d'un répertoire des différents programmes de subventions auprès des employeurs (renouveau technologique) • Formation des milieux de travail sur les solutions peu onéreuses et les indications pour leur application
Causes technologiques			
— Nature des procédés industriels impliquant une exposition au bruit	• Provincial	- Recherche et développement technologique (modification des procédés ou des équipements)	• Subvention de groupes de travail visant la recherche de solutions sur des procédés
— Présence de vieilles technologies		- Recherche d'alternatives (robotisation, protection individuelle ...)	

FACTEURS DE RISQUE	NIVEAU D'INTERVENTION	STRATÉGIE D'INTERVENTION (éléments de changement visés)	EXEMPLES D'ACTIVITÉS par groupe - cible
— Fabrication de nouveaux équipements non sécuritaires		- Promotion de la fabrication d'équipements sécuritaires auprès des fabricants (information et certains incitatifs)	• Information aux fabricants sur les procédés ou équipements
— Difficulté technologique d'apporter des solutions pour certains procédés, certains équipements		- Information aux employeurs sur l'importance d'avoir des équipements conformes (modification des critères d'achat)	• Accréditation des équipements conformes aux normes
— Degré d'automatisation des procédés (influence, distance entre individu et source)			• Information auprès des regroupements d'employeurs et de la population sur les réalisations de contrôle en entreprise (par les médias)
— Déficience technologique (protection individuelle)			• Développement d'outils de support aux employeurs concernant des critères d'achat
Causes organisationnelles — Durée d'exposition et horaire de travail	• Provincial et local	- Intervention législative (renforcement de la législation concernant la durée d'exposition et les horaires de travail)	• Lobbying auprès des décideurs
— Système de rénumération	• Local		• Sensibilisation des syndicats à l'importance des facteurs organisationnels influençant l'exposition des travailleurs (surtemps, système de rémunération)
— Caractéristiques de la tâche	• Local		
— Type de poste de travail	• Local	- Information-formation en milieu de travail (connaissance des différents facteurs influençant l'exposition au bruit et les solutions possibles pour diminuer cette exposition)	• Session d'information auprès des membres de C S S ou de représentants du milieu sur les possibilités de contrôles administratifs pour diminuer l'exposition au bruit
		- Modifications organisationnelles dans l'entreprise (contrôle administratif de l'exposition au bruit via rotation de poste, modification de l'horaire de travail...)	• Planification des modifications organisationnelles nécessaires au programme de prévention
Causes individuelles — Prédisposition génétique	• Local	- Dépistage	• Examen médical périodique pour travailleur exposé au bruit
		- Surveillance médicale selon un protocole	• Examen médical à l'embau-

FACTEURS DE RISQUE	NIVEAU D'INTERVENTION	STRATÉGIE D'INTERVENTION (éléments de changement visés)	EXEMPLES D'ACTIVITÉS par groupe - cible
— Présence de maladie(s) affectant l'audition (syndrôme de Meunière, otites multiple antérieurs...)		- Évaluation pré-embauche de la susceptibilité individuelle	che incluant histoire d'expositions antérieures
— Âge, sexe		- Réaffectation des travailleurs atteints	• Programme de réaffectation dans l'entreprise pour travailleurs atteints
Causes comportementales			
— Choix, port et entretien des protecteurs auditifs	• Provincial et Local	- Intervention législative (présence de politique interne sur le choix, le port et l'entretien des protecteurs auditifs, méthodes de travail)	• Inspection et système de mérite-démérite (pour les travailleurs ne portant pas de protecteurs)
— Méthodes de travail	• Local		
— Autres expositions hors du milieu de travail (habitudes de vie, hobbies ...)	• Provincial et Local	- Information et formation en milieu de travail (connaissances des facteurs de risque incluant les expositions non professionnelles et la consommation de médicaments, des solutions possibles, perception face à la sévérité du risque, habilités concernant les méthodes de travail, développement de politiques internes, ressources)	• Politique interne sur le choix, le port et l'entretien des protecteurs auditifs
— Prise de certains médicaments chez travailleurs exposés au	• Local		• Guide pour le choix des équipements de protection et pour le développement d'une politique interne
			• Session d'information et de formation sur les facteurs de risque (incluant les habitudes de vie), l'identification des sources de bruit, les solutions possibles...
		- Information à la population (connaissance des risques d'atteintes à l'audition causées par les expositions non professionnelles)	• Sensibilisation de la population.
Causes environnementales			
— Présence de bruit à des niveaux élevés dans les milieux de travail	• Provincial et Local	- Intervention législative (renforcement du respect des normes)	• Inspection et renforcement de l'obligation de l'employeur concernant l'élimination à la source
— Type de bruit (continu, impact, fluctuant)	• Provincial et Local		• Programme d'incitation pour l'employeur
— Présence de certains contaminants pouvant intéragir avec le bruit	• Local	- Surveillance environnementale	• Surveillance environnementale

Extrait de: Forest, J., M. Paiement et coll., "Programme-cadre de prévention du bruit et de la surdité: éléments de planification." — Document de travail produit pour le C.P.S.T., 1987

B. EXEMPLES D'OBJECTIFS DE PROMOTION EN REGARD DU BRUIT INDUSTRIEL

1. Établir des politiques favorisant la réduction de l'exposition au bruit

Exemples:

- renforcer la législation pour les fabricants d'équipements
- implanter un système de cotisation avec points de mérite-démérite
- favoriser l'inclusion d'interventions de contrôle du bruit dans les programmes de prévention

2. Favoriser le développement technologique dans le domaine du contrôle

Exemple:

- mobiliser et subventionner des groupes pour la recherche de solutions technologiques

3. Créer un climat social favorable

Exemple:

- sensibiliser la population par les médias

PROMOTION DE LA RÉDUCTION DE L'EXPOSITION AU BRUIT INDUSTRIEL

6. Soutenir et renforcer les actions de milieux de travail

Exemples:

- publiciser les résultats — (promotion des "bon coups")
- favoriser l'accès aux ressources nécessaires (diffusion de répertoires)

5. Développer les aptitudes des milieux de travail

Exemples:

- former les CSS ou les représentants des employés
- assurer le support au milieu dans la recherche de solutions

4. Sensibiliser — Informer les milieux de travail

Exemples:

- sensibiliser par les syndicats, les regroupements de travailleurs
- session d'information de groupe ou individuelle dans les milieux de travail
- conférences (chambres de commerce...)

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications